



Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, de acesso aberto, exclusivamente eletrônica, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp (Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu). Tem como missão publicar artigos originais e outros materiais relevantes sobre a Educação e a Comunicação nas práticas de Saúde, a formação de profissionais de Saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes, as Ciências Sociais e Humanas, que contribuam para o avanço do conhecimento nessas áreas. Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação is an open, interdisciplinary, on-line journal published by Unesp (Health Education and Communication Laboratory – Public Health Department, School of Medicine of Botucatu). It focuses on Education and Communication in health practices, education of health professionals (both university-based and in-service education) and Collective Health in its articulation with Philosophy, Arts and the Social and Human Sciences. Critical and innovative approaches are prioritized and qualitative research is emphasized.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação es una publicación *on-line*, en acceso abierto, interdisciplinaria, editada por Unesp (Laboratorio de Comunicación y Salud Pública – Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina de Botucatu), dirigida a la Educación y Comunicación en las prácticas de salud, la formación de profesionales de salud (universitaria y continuada) y la Salud Colectiva en su articulación con la Filosofía, las Artes y las Ciencias Sociales y Humanas. Se priorizan los abordajes críticos e innovadores y se enfatiza la investigación cualitativa.

EDITORES/EDITORS/EDITORES

Antonio Pithon Cyrino, Unesp (Editor-Chefe)
Denise Martin, Unifesp
Lilia Blima Schraiber, USP

EDITORA SENIOR/SENIOR EDITOR/EDITORA SENIOR

Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

EDITORA JUNIOR/JUNIOR EDITOR/EDITORA JUNIOR

Mariana Arantes Nasser, Unifesp

EDITORES ASSISTENTES/ASSISTANT EDITORS/EDITORES ASSISTENTES

Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, USP
Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP
Mônica Petracci, UBA, Argentina
Rosamaria Giatti Carneiro, UnB
Rosana Teresa Onocko Campos, Unicamp
Roseli Esquerdo Lopes, Ufscar
Vera Lúcia Garcia, Interface – Comunicação, Saúde, Educação

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS/EDITORES ASSOCIADOS

Aylene Emilia Moraes Bousquat, USP
Carmen Peñafiel Saiz, Universidad del País Vasco, Espanha
Catarina Delaunay, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Cesar Augusto Orazem Favoreto, UERJ
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Claudia Ridel Juzwiak, Unifesp
Cristina Larrea Killinger, Universidade de Barcelona, Espanha
Daniele Sacardo, Unicamp
Erotildes Maria Leal, UFRJ
Fatima Corrêa Oliver, USP
Flavia Liberman, Unifesp
Flavio Adriano Borges, Ufscar
Francini Lube Guizardi, FioCruz
Franklin Delano Soares Forte, UFPB
Janet García González, Universidad Autónoma de Nuevo León, México
Joana Raquel Santos de Almeida, Universidade de Bedfordshire, Inglaterra
Josefina Leonor Brown, UBA, Argentina
Leandro David Wenceslau, UFV
Lígia Amparo da Silva Santos, UFBA
Lillian Koifman, UFF
Lina Rodrigues de Faria, UFSB
Lucas Pereira de Melo, USP
Luciano Bezerra Gomes, UFPB
Mária Dionísia do Amaral Dias, Unesp
Mária Fernanda Gonzalez, Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina
Pedro José Santos Carneiro Cruz, UFPB
Roseli Ferreira da Silva, Ufscar
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp
Simone Mainieri Paulon, UFRGS
Stela Nazareth Meneghel, UFRGS
Thiago Rocha da Cunha, PUC-PR
Tiago Rocha Pinto, UFU

Suplemento ProfSaúde

EDITORES/EDITORS/EDITORES

Antonio Pithon Cyrino, Unesp
Carla Pacheco Teixeira, FioCruz
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp
Mária Cristina Rodrigues Guilam, FioCruz
Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

EDITORES CONVIDADOS/INVITED EDITORS/EDITORES CONVIDADOS

Ana Claudia Gastal Fassa, UFPel
Cesar Augusto Orazem Favoreto, UERJ

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, FioCruz
Divanise Suruagy Correia, UFAL
Fernando Lopes e Silva Júnior, UFPI
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, FioCruz
João Marcos Bernardes, Unesp
José Ivo Pedrosa, UFPI
Lina Rodrigues de Faria, UFSB
Mária de Fátima Antero Sousa Machado, FioCruz
Marilene Cabral do Nascimento, UFF
Rosuita Frattari Bonito, UFU

EDITOR DE DEBATES/DEBATES EDITOR/EDITOR DE DEBATES

Sérgio Resende Carvalho, Unicamp

EDITORA DE DOSSIÊ/DOSSIER EDITOR/EDITORA DE DOSSIER

Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp

EDITORA DE RESENHAS/REVIEWS EDITOR/EDITORA DE RESEÑAS

Lina Rodrigues de Faria, UFSB

EDITOR DE ENTREVISTAS/INTERVIEWS EDITOR/EDITOR DE

ENTREVISTAS

Pedro Paulo Gomes Pereira, Unifesp

EDITORA DE CRIAÇÃO/CREATION EDITOR/EDITORA DE CREACIÓN

Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP

Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación

Eduardo Augusto Alves Almeida, USP
Eliane Dias de Castro, USP
Gisele Dozono Asanuma, USP
Juliana Araújo Silva, Unesp
Renata Monteiro Buelau, USP

EDITORA EXECUTIVA/EXECUTIVE EDITOR/EDITORA EJECUTIVA

Mônica Leopardi Bosco de Azevedo, Interface – Comunicação, Saúde, Educação

PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN/PROYECTO GRÁFICO

Caboverde Tecnologia e Serviços Eireli

Editoração Eletrônica/Journal design and layout/Editoración electrónica

Walter Flávio Costa

PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/PRODUCCIÓN EDITORIAL

Coordenação Editorial/Editorial Coordination/Coordinación Editorial

Juliana Freitas Oliveira
Renato Antunes Ribeiro

Normalização/Normalization/Normalización

Luciana Pizzani
Rinaldo José Ortiz
Rosemary Cristina da Silva

Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos

Solange Guerra Martins (Português)
Liane Christine L. P. Pilon (Português)
Carolina S. M. Ventura (Inglês)
Philip Gradon Reed (Inglês)
Mária Jesus Carbajal Rodriguez (Espanhol)

Web design

Ester Campos Mello de Andrade

Manutenção do website/Website support/Manutención del sitio

Bruna Pereira Godoi
Vinicius Mendes Barbosa

Capa/Cover/Portada: imagem de Araquem Alcantara, Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, FioCruz



imagem de Araújo Alcantara, Acervo da Casa de Oswaldo Cruz

Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde

Educação

Atenção Básica

Saúde da Família

Profissionais de saúde

Práticas educativas

Prevenção quaternária

Mestrado profissional

Educação a distância

Programa Mais Médicos

Comunicação



SUS

Envelhecimento

Populações vulneráveis

Saúde do Trabalhador

Processo saúde-doença

Saúde Mental

Violência contra a mulher

Saúde

Medicina da família e comunidade

APOIO/SPONSOR/APOYO

Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp
Fundação para o Vestibular da Unesp - Vunesp
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq
Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Capes
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
Ministério da Educação - MEC
Ministério da Saúde - MS
Mestrado Profissional em Saúde da Família - ProfSaúde

INDEXADA EM/INDEXED/ABSTRACT IN/INDEXADA EM

. Web of Sciences (Emerging Sources Citation Index, ESCI)
<http://clarivate.com/products/web-of-science>
. Scopus
<http://info.scopus.com>
. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
<http://redalyc.uaemex.mx/>
. DOAJ - Directory of Open Access Journal
<http://www.doaj.org>
. LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<http://www.bireme.org>
. LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
<http://www.latindex.unam.mx>
. CLASE - Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades <http://www.dgbiblio.unam.mx>
. Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (Iresie)
http://www.iisue.unam.mx/iresie/revistas_analizadas.php
. SciELO Brasil/SciELO Social Sciences
<http://www.scielo.br/icse>
. SciELO Citation Index (Thomson Reuters)
<http://thomsonreuters.com/scielo-citationindex/>
. Google Academic
<http://scholar.google.com.br>
. Free Medical Journals
<http://www.freemedicaljournals.com>
. CSA Sociological Abstracts
<https://search.proquest.com/>
. CSA Social Services Abstracts
<https://search.proquest.com/>
. ERA Educational Research Abstracts Online
<https://www.tandfonline.com/db/era>
. Linguistics and Language Behavior Abstracts – LLBA
<https://search.proquest.com/>
. Social Planning/Policy & Development Abstracts
<https://www.latindex.org/latindex/ficha?folio=14397>
. CCN – Catálogo Coletivo Nacional/IBICT
<http://ccn.ibict.br/busca.jsf>

TEXTO COMPLETO EM

<https://interface.org.br/>
<https://www.scielo.br/icse>

SECRETARIA/OFFICE/SECRETARÍA

Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Departamento de Saúde Pública
Avenida Professor Mário Rubens Guimaraes Montenegro s/n
Botucatu – SP – Brasil
CEP/ZIP CODE: 18618-687
Fone: (5514) 3880.1927
revista.interface.fmb@unesp.br
www.interface.org.br

Sumário

Editorial

Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): educação no trabalho, pesquisa e inovação para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

Luiz Augusto Facchini; Maria Cristina Rodrigues Guilam; Carla Pacheco Teixeira; Antonio de Pádua Python Cyrino

Artigos

Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede

Maria Cristina Rodrigues Guilam; Carla Pacheco Teixeira; Maria de Fátima Antero Sousa Machado; Anaclaudia Gastal Fassa; Maria Elizabeth Gastal Fassa; Marta Quintanilha Gomes; Maria Eugênia Bresolin Pinto; Alessandra Dahmer; Luiz Augusto Facchini

Cômodo do inferno: acesso à Atenção Básica em duas delegacias de uma grande cidade brasileira

Ridiney Santos Oliveira; Henrique Cesar Correa Hamilko; Rafaela Schaefer; Deivisson Vianna Dantas dos Santos; Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque; Sabrina Stefanello

Avaliação da interação em fóruns de discussão na especialização de preceptoria em Medicina de Família e Comunidade a distância

Brenda Wander; Marta Quintanilha Gomes; Maria Eugênia Bresolin Pinto

Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil

Tatiane Lima Aguiar; Dheyse Silva Lima; Maria Alyete Bezerra Moreira; Liliâne Félix dos Santos; João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira

Perspectivas profissionais e motivações de estudantes de Medicina para atuação na Estratégia Saúde da Família

Maise Fernandes de Oliveira Rotta; Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Violência íntima: experiências de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Evelin Gomes Esperandio; Anna Tereza Miranda Soares de Moura; Cesar Augusto Orazem Favoreto

Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus, AM, Brasil

Naila Miriam Las-Casas Feichas; Júlio Cesar Schweickardt; Alcindo Antonio Ferla

Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência

Ellen Mara Braga Reis Malta; Diego Dias de Araújo; Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito; Lucineia de Pinho

Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS)

Mônica Morrissy Martins Almeida; Patty Fidelis de Almeida; Eduardo Alves Melo

Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento

Gisele De César Schafirowitz; Aline Corrêa de Souza

Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família

Lúcia Soares Buss Coutinho; Elaine Tomasi

Aproximação dialógica às necessidades de saúde em usuários de insulina acompanhados no Programa de Automonitoramento Glicêmico

Ivan Wilson Hossni Dias; Virgínia Junqueira

“O motor é a gente mesmo”: cuidado em saúde dos trabalhadores da reciclagem

André Filipak; Sabrina Stefanello; Jaqueline Midori Okada; Marian Hennings Hunzicker; Deivisson Vianna Dantas dos Santos

A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental

Rafaela Miranda Proto Pereira; Fábio Ferreira Amorim; Maria de Fátima de Novais Gondim

Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família

Henrique Cisne Tomaz; Fábio Solon Tajra; Andrea Conceição Gomes Lima; Marize Melo dos Santos

Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de médicos de Família e Comunidade?

Roberto Ribeiro Maranhão; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer; Antônio Leonel de Lima Júnior

Supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: percepção dos médicos brasileiros e estrangeiros

Ranulfo Cardoso Junior; Eduardo Sérgio Soares Sousa

Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS)

Diângeli Soares Camargo; Elen Rose Lodeiro Castanheira

Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil

Mannasses Araujo Costa; Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves; Rosana Maria Paixão Castello Branco; Wilka Emanuely Cunha Castro; Cauby Arthur Moreno Ramos

Revisão

Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica

Miguel Andino Depallens; Jane Mary de Medeiros Guimarães; Lina Faria; Antônio José Costa Cardoso; Naomar Almeida-Filho

Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa

Reila Freitas Silva; Elyne Montenegro Engstrom

Summary

Editorial

Professional Master's in Family Health (ProfSaúde): education in the workplace, research and innovation for the development of the Brazilian National Health System (SUS)

Luiz Augusto Facchini; Maria Cristina Rodrigues Guilam; Carla Pacheco Teixeira; Antonio de Pádua Python Cyrino

Articles

Professional Master's in Family Health (ProfSaúde): a network educational experience

Maria Cristina Rodrigues Guilam; Carla Pacheco Teixeira; Maria de Fátima Antero Sousa Machado; Anaclaudia Gastal Fassa; Maria Elizabeth Gastal Fassa; Marta Quintanilha Gomes; Maria Eugênia Bresolin Pinto; Alessandra Dahmer; Luiz Augusto Facchini

Hell room: Primary Care access in two police stations of a large Brazilian city

Ridiney Santos Oliveira; Henrique Cesar Correa Hamilko; Rafaela Schaefer; Deivisson Vianna Dantas dos Santos; Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque; Sabrina Stefanello

Assessment of interaction in discussion forums on distance learning specialization of preceptorship in Family and Community Medicine

Brenda Wander; Marta Quintanilha Gomes; Maria Eugênia Bresolin Pinto

Patient safety incidents in Primary Healthcare in Manaus, AM, Brazil

Tatiane Lima Aguiar; Dheyse Silva Lima; Maria Alyete Bezerra Moreira; Liliane Félix dos Santos; João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira

Professional perspectives and motivations of Medicine students to work with Family Health Strategy

Maise Fernandes de Oliveira Rotta; Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Intimate partner violence: women's experience in Primary Health Care in Rio de Janeiro, RJ, Brazil

Evelin Gomes Esperandio; Anna Tereza Miranda Soares de Moura; Cesar Augusto Orazem Favoreto

Family Health Strategy and popular health practices: dialogs between live networks in a territory in the city of Manaus, AM, Brazil

Naila Miriam Las-Casas Feichas; Júlio Cesar Schweickardt; Alcindo Antonio Ferla

Professional Primary Healthcare practices in senile dementia care

Ellen Mara Braga Reis Malta; Diego Dias de Araújo; Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito; Lucineia de Pinho

Healthcare regulation or every man for himself? Lessons learned from the early detection of breast cancer in regionalized networks of the Brazilian National Health System (SUS)

Mônica Morrissy Martins Almeida; Patty Fidelis de Almeida; Eduardo Alves Melo

Adult users classified as least urgent in Emergency Care Unit

Gisele De Césaró Schafirowitz; Aline Corrêa de Souza

Self-care deficit in the elderly: characteristics, associated factors and recommendations to Family Health Strategy teams

Lúcia Soares Buss Coutinho; Elaine Tomasi

Dialogic approach to the health needs of insulin users followed up in the Glucose Self-Monitoring Program

Ivan Wilson Hossni Dias; Virgínia Junqueira

"We are the engine": recycling workers' healthcare

André Filipak; Sabrina Stefanello; Jaqueline Midori Okada; Marian Hennings Hunzicker; Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Practice and perception of Primary Healthcare professionals about Mental Health

Rafaela Miranda Proto Pereira; Fábio Ferreira Amorim; Maria de Fátima de Novais Gondim

Burnout syndrome and associated factors among Family Health Strategy professionals

Henrique Cisne Tomaz; Fábio Solon Tajra; Andrea Conceição Gomes Lima; Marize Melo dos Santos

How are factors as scope of professional practices, education, and title of Family and Community doctors related?

Roberto Ribeiro Maranhão; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer; Antônio Leonel de Lima Júnior

Academic supervision of the More Doctors Program in Paraíba, Brazil: perception of Brazilian and foreign doctors

Ranulfo Cardoso Junior; Eduardo Sérgio Soares Sousa

Amplifying access: Team Embracement as a demand management strategy in Primary Health Care (APS)

Diângeli Soares Camargo; Elen Rose Lodeiro Castanheira

Quality assessment of Primary Health Care services in the city of São José de Ribamar, Maranhão, Brazil

Mannasses Araujo Costa; Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves; Rosana Maria Paixão Castello Branco; Wilka Emanuely Cunha Castro; Cauby Arthur Moreno Ramos

Review

Quaternary prevention, curricular reform and medical education

Miguel Andino Depallens; Jane Mary de Medeiros Guimarães; Lina Faria; Antônio José Costa Cardoso; Naomar Almeida-Filho

Comprehensive health care of teenagers by the Primary Health Care in the Brazilian territory: an integrative review

Reila Freitas Silva; Elyne Montenegro Engstrom

Sumario

Editorial

Maestría Profesional en Salud de la Familia (ProfSaúde): educación en el trabajo, investigación e innovación para el desarrollo de Sistema Brasileño de Salud (SUS)

Luiz Augusto Facchini; Maria Cristina Rodrigues Guilam; Carla Pacheco Teixeira; Antonio de Pádua Python Cyrino

Artículos

Maestría Profesional en Salud de la Familia (ProfSaúde): una experiencia de formación en red

Maria Cristina Rodrigues Guilam; Carla Pacheco Teixeira; Maria de Fátima Antero Sousa Machado; Anaclaudia Gastal Fassa; Maria Elizabeth Gastal Fassa; Marta Quintanilha Gomes; Maria Eugênia Bresolin Pinto; Alessandra Dahmer; Luiz Augusto Facchini

Sala del infierno: acceso a la Atención Básica en dos comisarías de una gran ciudad brasileña

Ridiney Santos Oliveira; Henrique Cesar Correa Hamilko; Rafaela Schaefer; Deivisson Vianna Dantas dos Santos; Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque; Sabrina Stefanello

Evaluación de la interacción en foros de discusión en la especialización de preceptoría en Medicina de Familia y Comunidad a distancia

Brenda Wander; Marta Quintanilha Gomes; Maria Eugênia Bresolin Pinto

Incidentes de seguridad del paciente en la Atención Primaria de la Salud de Manaus, AM, Brasil

Tatiane Lima Aguiar; Dheyse Silva Lima; Maria Alyete Bezerra Moreira; Liliane Félix dos Santos; João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira

Perspectivas profesionales y motivaciones de estudiantes de Medicina para actuación en la Estrategia Salud de la Familia

Maisse Fernandes de Oliveira Rotta; Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Violencia íntima: experiencias de mujeres en la atención primaria de la salud en Río de Janeiro, RJ, Brasil

Evelin Gomes Esperandio; Anna Tereza Miranda Soares de Moura; Cesar Augusto Orazem Favoreto

Estrategia Salud de la Familia y prácticas populares de salud: diálogos entre redes vivas en un territorio de Manaus, AM, Brasil

Naila Miriam Las-Casas Feichas; Júlio Cesar Schweickardt; Alcindo Antonio Ferla

Prácticas de profesionales de la Atención Primaria de la Salud en el cuidado de ancianos con demencia

Ellen Mara Braga Reis Malta; Diego Dias de Araújo; Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito; Lucineia de Pinho

¿Reglamentación asistencial o cada uno por sí? Lecciones a partir de la detección precoz del cáncer de mama en redes regionalizadas del Sistema Brasileño de Salud (SUS)

Mônica Morrissy Martins Almeida; Patty Fidelis de Almeida; Eduardo Alves Melo

Usuarios adultos clasificados como poco urgentes en Unidad de Urgencias

Gisele De Césaró Schafirowitz; Aline Corrêa de Souza

Déficit de autocuidado en ancianos: características, factores asociados y recomendaciones a los equipos de Estrategia Salud de la Familia

Lúcia Soares Buss Coutinho; Elaine Tomasi

Aproximación dialógica a las necesidades de salud en usuarios de insulina acompañados en el Programa de Automonitoreo Glucémico

Ivan Wilson Hossni Dias; Virgínia Junqueira

“El motor somos nosotros mismos”: cuidado de salud de los trabajadores del reciclaje

André Filipak; Sabrina Stefanello; Jaqueline Midori Okada; Marian Hennings Hunzicker; Deivisson Vianna Dantas dos Santos

La percepción y la práctica de los profesionales de la Atención Primaria de la Salud sobre la Salud Mental

Rafaela Miranda Proto Pereira; Fábio Ferreira Amorim; Maria de Fátima de Novais Gondim

Síndrome de Burnout y factores asociados en profesionales de la Estrategia Salud de la Familia

Henrique Cisne Tomaz; Fábio Solon Tajra; Andrea Conceição Gomes Lima; Marize Melo dos Santos

¿Cómo se relacionan el alcance de prácticas profesionales, la formación y la titulación de médicos de Familia y Comunidad?

Roberto Ribeiro Maranhão; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer; Antônio Leonel de Lima Júnior

Supervisión académica del Programa Más Médicos en el Estado de Paraíba, Brasil: percepción de los médicos brasileños y extranjeros

Ranulfo Cardoso Junior; Eduardo Sérgio Soares Sousa

Ampliación del acceso: la Acogida por Equipo como estrategia de gestión de la demanda en la Atención Primaria de la Salud (APS)

Diângeli Soares Camargo; Elen Rose Lodeiro Castanheira

Evaluación de la calidad de los servicios de Atención Primaria de Salud en São José de Ribamar, Maranhão, Brasil

Mannasses Araujo Costa; Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves; Rosana Maria Paixão Castello Branco; Wilka Emanuely Cunha Castro; Cauby Arthur Moreno Ramos

Revisión

Prevención cuaternaria, reforma curricular y educación médica

Miguel Andino Depallens; Jane Mary de Medeiros Guimarães; Lina Faria; Antônio José Costa Cardoso; Naomar Almeida-Filho

Atención integral a la salud del adolescente por la Atención Primaria de la Salud en el territorio brasileño: una revisión integradora

Reila Freitas Silva; Elyne Montenegro Engstrom

Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): educação no trabalho, pesquisa e inovação para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS)


Professional Master's in Family Health (ProfSaúde): education in the workplace, research and innovation for the development of the Brazilian National Health System (SUS)

Maestría Profesional en Salud de la Familia (ProfSaúde): educación en el trabajo, investigación e innovación para el desarrollo de Sistema Brasileño de Salud (SUS)

Luiz Augusto Facchini^(a)

<luizfacchini@gmail.com> 

Maria Cristina Rodrigues Guilam^(b)

<crisrina.guilam@fiocruz.br> 

Carla Pacheco Teixeira^(c)

<carla.teixeira@fiocruz.br> 

Antonio Pithon Cyrino^(d)

<a.cyrino@unesp.br> 

^(a) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Avenida Duque de Caxias, 250, 3o. andar, Pelotas, RS, Brasil. 96030-000.

^(b) Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^(c) Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^(d) Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.

A chamada de artigos para este número temático da Interface: Comunicação, Saúde, Educação, volume 24, suplemento 1 de 2020, foi lançada em 15 de julho de 2019, com o intuito de divulgar trabalhos produzidos no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde). A coleção está composta por 21 artigos resultantes de pesquisas originais, revisão da literatura e ensaios, elaborados em colaboração por 73 autores – alunos, docentes e pesquisadores – oriundos das cinco regiões geopolíticas do país e de quase duas dezenas de instituições.

À época da chamada não tínhamos ideia das mudanças que viveríamos em decorrência da Covid-19 em nosso país e no mundo. A pandemia expôs as restrições e limitações da infraestrutura de saúde pública de nosso país e aumentou a consciência da importância do

Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) para responder às necessidades de cuidado, prevenção e proteção da população, com equidade¹.

Independentemente dos graves significados da pandemia, os temas abordados neste suplemento permanecem atuais e desafiam o cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), em um contexto de redução do financiamento, queda na cobertura vacinal, contaminação dos profissionais de saúde pelo novo coronavírus, dificuldades na educação permanente e na formação de pessoal, e de constante erosão social e econômica².

A coletânea inicia-se com o artigo de Guilam *et al.*³, “Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede”, que registra o percurso histórico do programa, as características da rede nacional de instituições participantes, a concepção pedagógica e o desenvolvimento operacional da proposta por meio de Educação a Distância (EAD). O ProfSaúde é uma iniciativa ousada e original de constituição de uma rede nacional para a formação de docentes e preceptores para a área de Saúde da Família, uma carência histórica do SUS e dos cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde. A experiência é valiosa para subsidiar outras propostas dirigidas à formação profissional.

O artigo de Aguiar *et al.*⁴ sobre a segurança do paciente na APS em Manaus trata de um problema relevante que desafia a qualidade dos cuidados nesse nível de atenção. Seu enfrentamento requer ações educativas dos profissionais e usuários, situando a temática entre as prioridades dos programas de educação permanente e formação profissional.

Cardoso Junior e Sousa⁵ avaliaram a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, conforme a percepção dos supervisionados. O estudo mostrou um desempenho superior dos médicos estrangeiros na pós-graduação e na experiência de trabalho em comparação aos brasileiros. A supervisão foi considerada positiva com destaque para o suporte às decisões clínicas, indicando a relevância da educação permanente e do acompanhamento técnico da prática profissional para qualificar a APS.

Maranhão *et al.*⁶ examinaram o escopo de prática de médicos na ESF e suas relações com a formação e a titulação em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Os autores identificaram um escopo de práticas mais abrangente em profissionais com formação no exterior e residência em MFC. Os resultados chamam a atenção para os desafios da educação profissional de médicos no Brasil.

Costa *et al.*⁷ avaliaram a qualidade dos serviços de APS, de acordo com a percepção de usuários e profissionais, em um município do Maranhão. Por meio do Primary Care Assessment Tool, os autores revelaram um contraste na percepção de atributos essenciais e derivados, com uma avaliação satisfatória por profissionais e insatisfatória por usuários. Dificuldades no acesso de primeiro contato foi o atributo com pior avaliação por ambos os grupos de participantes, colocando o problema entre as prioridades da reorganização dos serviços de APS e da capacitação dos profissionais.

Dias e Junqueira⁸ caracterizaram as ações de profissionais da Atenção Básica (AB) no Programa de Automonitoramento Glicêmico em um diálogo com usuários. A discussão sobre os modos de vida e o tratamento resultou na elaboração de um guia para aproximação às necessidades de saúde dos usuários de insulina. O artigo destaca a

conexão entre orientação profissional e educação em saúde de usuários como estratégia para fortalecer o autocuidado em saúde.

A atenção integral à saúde do adolescente na APS foi o objeto de uma revisão integrativa desenvolvida por Silva e Engstrom⁹. As autoras destacaram dificuldades e estigmas no cuidado, fragilidades de vínculos e fragmentação das práticas, cujo enfrentamento requer uma nova abordagem que valorize a participação dos adolescentes. A integralidade do cuidado desafia a APS, especialmente para os adolescentes, um grupo populacional negligenciado em ações programáticas tradicionais, como, por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis e saúde reprodutiva, requerendo a contribuição dos programas de educação permanente e formação profissional para sua efetivação.

Coutinho e Tomasi¹⁰ estudaram o déficit de autocuidado em idosos de uma equipe da ESF e encontraram associação com multimorbidade, pior autopercepção de saúde, consumo alimentar inadequado, baixa escolaridade, inatividade e dependência para as atividades básicas da vida diária. O artigo reforça o papel das equipes de saúde na promoção do autocuidado e da melhoria da atenção a idosos na ESF. O tema do autocuidado ganha centralidade na reorganização do processo de trabalho da APS, em um contexto de aumento das condições crônicas de saúde e da multimorbidade, exigindo capacitação dos profissionais de saúde e programas de educação em saúde dos usuários.

Filipak *et al.*¹¹ descreveram os desafios sociais e de cuidado da saúde dos trabalhadores de reciclagem. Refletem sobre o cotidiano, os riscos ocupacionais e a relação com os serviços de saúde de uma categoria de trabalhadores que busca dignidade social, mas enfrenta a precarização e a vulnerabilidade. A capacidade de resposta da APS às demandas de saúde dos trabalhadores informais exige ações intersetoriais, especialmente de proteção e assistência social e de capacitação dos profissionais de saúde.

Schafrowitz e Souza¹² analisaram adultos vinculados a doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município de grande porte, que consultaram em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e receberam classificação de risco pouco urgente. As consultas se associaram ao número de indivíduos cadastrados em cada UBS, sexo feminino e horários em que as UBS estavam fechadas, remetendo a desafios na organização da APS. O maior vínculo dos usuários com os serviços de APS depende de investimentos capazes de diminuir o número de pessoas por equipe e aumentar o horário de atendimento, além de promover a capacitação profissional com vistas ao aumento da resolubilidade das ações ofertadas.

A elucidação dos entraves na assistência à saúde mental na APS é fundamental para melhoria dos serviços. Pereira *et al.*¹³ identificaram a relevância da educação permanente no enfrentamento das dificuldades referidas por profissionais de saúde para cuidar de usuários com sofrimento mental. Para garantir a integralidade do cuidado na APS, os programas de educação permanente necessitam capacitar os profissionais para lidar com a demanda de saúde mental, adequar os processos de trabalho às particularidades do problema, delinear estratégias para seu acompanhamento e estabelecer interlocução com outros serviços.

Feichas *et al.*¹⁴ relataram o diálogo estabelecido entre os profissionais de uma equipe da ESF de Manaus com cuidadores tradicionais. A pesquisa propiciou a interação com usuários e cuidadores populares na busca de superar possíveis preconceitos que dificultavam o diálogo intercultural e uma relação colaborativa no cuidado das pessoas no território. A qualidade dos cuidados ofertados na ESF depende da competência

cultural das equipes, da valorização do saber e das práticas populares, nos diversos contextos sociais do país. Portanto, esse atributo da APS necessita ganhar centralidade nos processos de formação profissional e educação permanente.

Tomaz *et al.*¹⁵ identificaram níveis elevados de burnout em profissionais da ESF, moderada pontuação nos fatores que compõem a resiliência e baixa eficiência no uso de estratégias de combate aos estressores. O estudo é um alerta para a necessidade de enfrentamento dos desafios da saúde dos trabalhadores da ESF, incluindo o suporte emocional a eles e a organização de rede de apoio ao trabalho cotidiano. O tema também requer sua inclusão nas estratégias de educação permanente dos profissionais, em abordagem sobre os riscos ocupacionais decorrentes do cuidado de pessoas com sofrimento físico e mental, juntamente com estratégias de aumento do controle e uso da criatividade no exercício de suas atividades.

A prevenção quaternária emergiu como um conceito inovador, propondo alternativas para prevenir eventos iatrogênicos e otimizar os custos da saúde. Conforme Depallens *et al.*¹⁶, a prevenção quaternária tem o potencial de ser uma força significativa para melhorar a educação médica e se constituir em um elemento estratégico para remodelar as práticas de saúde. A aplicação dos princípios e competências requeridas à prevenção quaternária pode igualmente qualificar os programas de educação permanente e formação profissional em APS, com o objetivo de melhorar o desempenho e a efetividade dos serviços.

Rotta e Nascimento¹⁷ caracterizaram os aspectos motivacionais de estudantes de medicina para a atuação profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF) e as estratégias indutoras do Projeto Político Pedagógico (PPP) de dois cursos de medicina. Os estudantes identificaram a ESF como oportunidade de trabalho temporário, com ideologia cativante, mas a ação das forças motivadoras extrínsecas resulta na escolha de outras áreas para a carreira médica. As autoras recomendam a valorização do potencial motivacional intrínseco dos estudantes e o desenvolvimento de estratégias na formação profissional para romper barreiras que limitam a escolha pela ESF.

Malta *et al.*¹⁸ analisaram as práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado a idosos com demência, em municípios do norte de Minas Gerais, e os autores constataram uma prática incipiente nos serviços estudados. Parte de um problema mais amplo, sua incorporação ao cotidiano da APS aponta a necessidade do desenvolvimento de estratégias educativas que contemplem o fortalecimento da assistência a idosos, em um contexto de aumento da longevidade e da ocorrência de múltiplas condições crônicas de saúde, incluindo a demência.

Almeida *et al.*¹⁹ estudaram os processos de regulação assistencial por meio das ações para detecção precoce do câncer de mama em perspectiva regional. Identificaram uma multiplicidade de sistemas regulatórios, sob gestões estadual, municipal e regional. A implantação do Sistema de Informação de Câncer não foi efetivada, comprometendo o monitoramento das ações e a coordenação do cuidado. Apesar dos esforços municipais, as ações permaneciam atomizadas e paralelas, sem atuação do gestor estadual na coordenação e na articulação das redes regionalizadas.

Experiências de reorganização do acesso, para promover a utilização dos serviços de saúde de forma racional e inclusiva, têm se multiplicado no âmbito da ESF. Camargo e Castanheira²⁰ estudaram a implantação do “Acolhimento por Equipe (AE)” e concluíram

que a iniciativa foi produto do protagonismo dos trabalhadores da ESF. A redução do tempo de espera para consultas e a maior satisfação dos envolvidos indicam o AE como uma experiência positiva de ampliação do acesso, um dos maiores desafios do SUS. A capacitação dos profissionais para realizar o acolhimento por todos os integrantes da equipe contribuirá para a qualificação da resposta da ESF às demandas dos usuários.

Esperandio *et al.*²¹ buscaram compreender a experiência de mulheres vítimas de violência íntima no contexto do cuidado ofertado na APS na cidade do Rio de Janeiro. O estudo identificou dificuldades das mulheres para revelar a violência íntima e de atuação da APS. Foi proposta a criação de grupos para escuta empática e formação de vínculo com os profissionais de saúde, a qualificação da rede básica, o reforço do papel dos Agentes Comunitários e dos atributos da APS para o cuidado dessas situações.

Wander *et al.*²² avaliaram a interação em fóruns de discussão na especialização de preceptoria em Medicina de Família e Comunidade (MFC), na modalidade Educação a Distância (EAD). Os resultados mostram que a autonomia na atuação do tutor, como, por exemplo, ao propor mudanças de tópico, incide na participação e na construção de cadeias enunciativas, que contribuem para a percepção da qualidade da interação e da interatividade por alunos do curso. O artigo explicita a relevância do perfil dos educadores na formação de preceptores em MFC.

Oliveira *et al.*²³ relatam as dificuldades de acesso a cuidados básicos de saúde e de prevenção em reclusos e reclusas de duas delegacias de polícia – uma com população masculina e outra, feminina – em Curitiba. Aspectos estruturais e processuais interferiram no acesso aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos do atendimento à saúde, requerendo a formulação de estratégias de acolhimento dessa população na Atenção Básica (AB).

Ao abordar uma grande diversidade de temas, a coletânea revela carências e sobretudo potencialidades da APS brasileira perante os desafios históricos do SUS e aqueles que emergiram com a Covid-19. É possível observar pontos convergentes ao longo da leitura dos artigos, com destaque para a relevância da educação permanente e da formação profissional no enfrentamento dos desafios da APS e para a qualificação da resposta dos serviços às demandas de usuários e às necessidades de saúde da população. Trabalho em equipe, reorganização dos serviços e do processo de trabalho na ESF também conectam boa parte dos artigos do suplemento.

Nosso desejo é que os artigos tragam novas perspectivas para as questões da prática e da formação profissional e inspirem leitoras e leitores a sondar novos caminhos para melhorar a ESF. Essa inspiração poderá criar novas opções na encruzilhada em que nos encontramos.

Em suma, é uma alegria e uma honra oferecer ao exame do público o presente Suplemento, resultado da cooperação bem-sucedida do ProfSaúde com a revista Interface.

Boa leitura!

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. ABRASCO. *Ágora Abrasco 04.08.2020 – Colóquio: como a APS está enfrentando a pandemia de Covid-19 no Brasil* [Internet]. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2020 [citado 20 Set 2020]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/08/17/rede-aps-realiza-agora-abrasco-com-o-tema-como-a-aps-esta-enfrentando-a-pandemia-de-covid-19-no-brasil/>
2. Facchini L. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? *APS Rev.* 2020; 2(1):3-10. Doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.73>
3. Guilam MCR, Teixeira CP, Machado MFAS, Fassa AG, Fassa MEG, Gomes MQ, et al. Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e200192. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200192>
4. Aguiar TL, Lima DS, Moreira MAB, Santos LF, Ferreira JM BB. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190622. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.190622>
5. Junior RC, Sousa ESS. Supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: percepção dos médicos brasileiros e estrangeiros. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190487. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190487>
6. Maranhão RR, Barreto ICHC, Andrade LOM, Vieira-Meyer APGF, Júnior ALL. Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de médicos de Família e Comunidade?. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190640. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190640>
7. Costa MA, Alves MTSSB, Branco RMPC, Ramos CAM. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190628. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>
8. Dias IWH, Junqueira V. Aproximação dialógica às necessidades de saúde em usuários de insulina acompanhados no Programa de Automonitoramento Glicêmico. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190441. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190441>



9. Silva RF, Engstrom EM. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190548. <https://doi.org/10.1590/Interface.190548>
10. Coutinho LSB, Tomasi E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190578. Doi <https://doi.org/10.1590/Interface.190578>
11. Filipak A, Stefanello S, Okada JM, Hunzicker MH, Santos DVD. “O motor é a gente mesmo”: cuidado em saúde dos trabalhadores da reciclagem. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190472. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190472>
12. Schafriowitz GC, Souza AC. Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190630. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190630>
13. Pereira RMP, Amorim FF, Gondim MFN. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190664. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190664>
14. Feichas NML, Schweickardt JC, Ferla AA. Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus, AM, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190629. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190629>
15. Tomaz HC, Tajra FS, Lima ACG, Santos MM. Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190634. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190634>
16. Depallens MA, Guimarães JMM, Faria L, Cardoso AJC, Almeida-Filho N. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190584. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190584>
17. Rotta MFO, Nascimento DDG. Perspectivas profissionais e motivações de estudantes de Medicina para atuação na Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190531. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190531>
18. Malta EMBR, Araújo DD, Brito MFSS, Pinho L. Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190449. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190449>
19. Almeida MMM, Almeida PF, Melo EA. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190609. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190609>
20. Camargo DS, Castanheira ERL. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190600. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>
21. Esperandio EG, Moura ATMS, Favoreto CAO. Violência íntima: experiências de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190707. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190707>



22. Wander B, Gomes MQ, Pinto MEB. Avaliação da interação em fóruns de discussão na especialização de preceptoria em Medicina de Família e Comunidade a distância. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190513. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190513>
23. Oliveira RS, Hamilko HCC, Schaefer R, Santos DVD, Albuquerque GSC, Stefanello S. Cômodo do inferno: acesso à Atenção Básica em duas delegacias de uma grande cidade brasileira. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Suppl 1:e190524. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190524>

Submetido em 22/09/20.

Aprovado em 22/09/20.

Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede

Professional Master's in Family Health (ProfSaúde): a network educational experience (abstract: p. 15)

Maestría Profesional en Salud de la Familia (ProfSaúde): una experiencia de formación en red (resumen: p. 15)


Maria Cristina Rodrigues Guilam^(a)

<crisrina.guilam@fiocruz.br> 

Carla Pacheco Teixeira^(b)

<carla.teixeira@fiocruz.br> 


Maria de Fátima Antero Sousa Machado^(c)

<fatimaantero@uol.com.br> 

Ana Claudia Gastal Fassa^(d)

<anaclaudia.fassa@gmail.com> 

Maria Elizabeth Gastal Fassa^(e)

<elizabeth.fassa@gmail.com> 

^(a, b, c) Fundação Oswaldo Cruz.
Avenida Brasil, 4036, sala
910, Maré. Rio de Janeiro, RJ,
Brasil. 21040-361.

^(d, e, f) Universidade Federal de
Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

^(f, g, h) Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto
Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

continua pág. 12

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) é uma iniciativa em rede nacional com foco na formação de docentes e preceptores para a área da Saúde e para o Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo apresenta o caráter inovador do curso que se desenvolve na área de Saúde Coletiva, com uma concepção pedagógica centrada na aprendizagem do sujeito e desenvolvida fortemente por meio de educação a distância, com encontros presenciais. Objetiva-se, assim, apresentar a proposta do ProfSaúde, com foco na sua concepção, organização curricular, produção dos materiais educacionais, e no funcionamento da rede de instituições de ensino e pesquisa. Em sua primeira edição, foram titulados 170 mestres e alguns trabalhos dos egressos estão sendo publicados neste Suplemento. Espera-se que esta experiência possa subsidiar outras propostas formativas, entendendo que o curso ainda se encontra em processo de constante aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Saúde da Família. Mestrado Profissional. Ensino de pós-graduação.

Introdução

O ProfSaúde é uma iniciativa de formação de docentes e preceptores para a graduação e pós-graduação na área da Saúde e para o SUS, por meio de uma rede nacional de instituições de ensino e pesquisa. Responde a uma carência de mais de vinte anos na formação profissional de docentes e contribui para a consolidação do modelo da Estratégia Saúde da Família¹⁻³, para a promoção da integração ensino-serviço-comunidade e para a afirmação do papel do SUS como campo de práticas formativas.

O debate público inaugural sobre a proposição do curso ocorreu durante o encontro científico sobre a Formação Profissional em Saúde e o Ensino da Saúde Coletiva promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) em maio de 2014, Porto Seguro, BA, Brasil. O encontro oportunizou o debate sobre a formação profissional na área da Saúde e a importância do fortalecimento da Atenção Primária por meio de iniciativas formativas. Nesse contexto, a Abrasco e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) firmaram parceria estratégica para coordenar a elaboração de uma proposta de curso de mestrado e sua submissão à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

A elaboração da proposta contou com a participação de vários atores importantes no cenário nacional: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e instituições de ensino superior de várias regiões do país, que encamparam a ideia ainda em formação e colaboraram na composição dos grupos de trabalho organizados na época para formulação da proposta de curso.

A proposição e o desenvolvimento institucional da proposta recebeu apoio do Programa Mais Médicos (PMM), particularmente do eixo educacional, que articulou a Educação Permanente e a formação médica ao provimento de profissionais⁴.

Em interação e cooperação permanentes, a Abrasco, a Fiocruz e os Ministérios da Saúde e da Educação lideraram a interlocução com programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, instituições representativas da Saúde Coletiva, Saúde da Família e educação médica do país, gestores e profissionais de saúde de âmbitos municipal, estadual e nacional, em particular na Atenção Primária à Saúde (APS).

Após dois anos de discussões e desenvolvimento, a proposta do Mestrado Profissional foi aprovada pela Capes na área de avaliação Saúde Coletiva. A Abrasco foi a proponente do curso com a Capes e a Fiocruz, instituição coordenadora acadêmica da proposta frente à rede de instituições participantes. O Ministério da Saúde foi instituição demandante e financiadora do Mestrado, que contou com o apoio da UNA-SUS, SBMFC e Abem.

O processo, desde a submissão até a aprovação da proposta, foi desafiador, dada a particularidade de uma iniciativa com tal magnitude territorial e diversidade institucional. Experiências anteriores apoiadas pela Capes na educação básica, como o Programa de Mestrado Profissional em Matemática (ProfMat), Programa de Mestrado Profissional em Letras (ProfLetras) e outros nos serviram como balizadores da construção da iniciativa.

O Mestrado integra um ciclo de expansão da pós-graduação brasileira, que alcançou um crescimento de 25% no número de programas no período de 2013 a 2016⁵. As políticas indutoras de formação profissional tiveram particular significado para a área de Saúde da Família, considerando sua importância para o SUS. O delineamento da proposta pedagógica e a articulação interinstitucional valorizaram múltiplas experiências em pós-graduação e Educação Permanente no campo da APS, com destaque para os seguintes cursos: Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf), Mestrado Profissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), com participação da Fiocruz Mato Grosso do Sul. Antecedentes importantes foram também os cursos de especialização do Sistema UNA-SUS, em especial os da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

A Educação a Distância (EAD) como modalidade de ensino, na área da Saúde, tem se tornado uma estratégia fundamental para qualificação de profissionais no Brasil, face à necessidade de formação de grande contingente de trabalhadores, nos mais distantes recantos do país, viabilizando a capilarização da oferta. É uma modalidade de educação prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação⁶. O ProfSaúde nasce nesse cenário e incorpora a EAD como primeira experiência a distância na Saúde Coletiva para pós-graduação *stricto sensu*.

Aprovado pela Capes para o público multiprofissional, o curso tem ofertado 200 vagas por edição, sendo as duas primeiras voltadas a profissionais médicos, enquanto a terceira edição incluiu profissionais de Enfermagem e Odontologia. Na primeira edição, iniciada em 2017, registramos 750 inscritos, 182 matriculados e 170 egressos. Na segunda edição, em curso, registramos 763 inscritos e matriculamos 197 alunos. Para a terceira edição, multiprofissional, tivemos 1350 inscritos, com início previsto para o ano corrente. A rede conta hoje com 22 instituições de ensino, localizadas em todas as regiões geopolíticas do país.

Este artigo objetiva divulgar a proposta do ProfSaúde; refletir sobre sua concepção pedagógica e curricular; e apresentar os desafios para a produção dos materiais educacionais e para a organização e funcionamento da rede nacional de instituições. O texto ainda serve de contextualização aos artigos apresentados por docentes e alunos do ProfSaúde neste número especial da revista Interface, por ocasião da formatura de sua primeira turma de mestres, oriundos de todas as regiões do país. A expectativa é que o ProfSaúde possa subsidiar outras propostas de formação profissional e acadêmica em rede nacional de instituições.

Concepção pedagógica

A abordagem pedagógica do ProfSaúde está em sintonia com o ordenamento legal e com as políticas para a formação de profissionais de saúde no país^{7,8}. Consideramos a Educação e a Saúde campos inseparáveis e interdependentes e que a responsabilidade social da Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família inclui a formação de recursos humanos para o SUS⁹.

Dentre as estratégias necessárias à formação em Saúde da Família, destaca-se o reconhecimento do SUS como cenário privilegiado de práticas e aprendizagem significativa. O funcionamento efetivo do SUS como escola implica articulação entre diversos setores e requer o compromisso das instituições de ensino, dos docentes e estudantes com a formação profissional em todos os cenários de Atenção à Saúde, de forma a promover o conhecimento sobre a realidade brasileira e sobre o sistema de saúde, com valorização e respeito à cultura e saberes da população. O SUS Escola depende também da capacidade da gestão municipal, estadual e nacional em fortalecer a cooperação com a comunidade acadêmica na construção de um sistema de saúde mais humanizado, que promova o diálogo com os usuários sobre seus direitos e o entendimento das vantagens da atuação das instituições de ensino para a qualificação dos serviços de saúde^{10,11}.

A concepção pedagógica do ProfSaúde está alinhada às políticas de formação de profissionais de saúde no país ao trabalhar de forma integrada os eixos Atenção, Educação e Gestão, buscando trazer para o centro do processo formativo os protagonistas das ações de saúde no cotidiano da Atenção Primária e Saúde da Família.

A ênfase na vivência de situações reais da prática profissional é elemento central da proposta pedagógica, considerando sua vantagem na solução de problemas e na construção de competências profissionais, em comparação a conteúdos acadêmicos puramente teóricos¹². Nessa perspectiva conceitual, a demanda acadêmica aos mestrandos do ProfSaúde sempre se inicia com a reflexão sobre a realidade do serviço em que estão inseridos. Ao valorizar a situação de trabalho ou estágio, os profissionais em formação têm oportunidade de vivenciar diversas situações similares, cujas variações oportunizam construir um painel de experiências detalhadas e flexíveis, que resultam em um amplo repertório de respostas para as diversas situações profissionais a que estão expostos¹³⁻¹⁶.

A concepção pedagógica do ProfSaúde é fortemente caracterizada por ser centrada na aprendizagem do sujeito, enfocando o desenvolvimento de competências, ou seja, da capacidade de agir eficazmente, apoiado não somente em conhecimentos, mas também em recursos variados que o sujeito acessa automaticamente em sua memória vivencial. O desenvolvimento de competências é entendido, de acordo com a definição de Perrenoud¹⁵, como a “[...] capacidade de ação eficaz em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.” (p. 4). Essa definição é holística e considera a aprendizagem como fenômeno dependente da vivência de situações significativas, com envolvimento emocional, que tenham mobilizado recursos que vão ser novamente acionados em uma nova situação¹⁵.

Formar para o desenvolvimento de competências transcende a formação técnica, privilegiando abordagens ativas e crítico-reflexivas que proporcionem o incremento de aspectos técnicos, éticos, políticos e sociais à formação de um profissional capaz de trabalhar em equipe e de levar em conta a realidade social^{17,18}. Significa, também, pensar no desenvolvimento de competências subsidiadas por conteúdos e não, como historicamente a formação vinha se organizando, pensar em conteúdos necessários para constituir um determinado currículo. Significa ter como foco orientador na formação o perfil de egresso que se tem como finalidade.

O ProfSaúde valoriza a vivência e a aprendizagem significativa no desenvolvimento de competências profissionais para a docência e a atenção em Saúde da Família. Essa estratégia pedagógica fortalece o amadurecimento profissional e a concretização dos princípios do SUS¹⁹ e dos atributos da APS²⁰.

Sabe-se que as metodologias ativas de aprendizagem constituem mecanismos por meio dos quais diversos conteúdos são problematizados com a finalidade de se alcançar os objetivos de aprendizagem propostos, possibilitando ao aluno o desenvolvimento de competências fundamentadas no saber, saber-fazer e saber-ser²¹⁻²³. Entre as metodologias ativas utilizadas no curso, sublinhamos a utilização de metodologias baseadas na problematização.

A aprendizagem baseada na problematização está organizada de forma que, coletivamente, alunos e professores construam um ciclo de aprendizagem que parte de uma situação-problema advinda da observação da realidade, de um diagnóstico. Para isso, é fundamental o desenvolvimento da habilidade de olhar atentamente para a realidade, identificando aspectos que precisam de maior atenção. A partir desse diagnóstico, identificam-se os pontos-chave do problema, verificando que variáveis podem estar influenciando tal situação. Definidos os pontos-chave, ocorre a busca pela teorização. Dessa forma, a metodologia possibilita o encontro dos aspectos emergidos na realidade de trabalho aos conhecimentos teóricos já produzidos na comunidade científica a respeito do objeto em estudo. Com o subsídio teórico, realiza-se novamente a análise dos pontos-chave, buscando hipóteses para a transformação da realidade no serviço e implementam-se ações que verifiquem a viabilidade do processo, qualificando o trabalho. A resultante é um percurso de aprendizagem que prevê a ação-reflexão-ação²⁴.

Assim delineou-se o processo de ensino-aprendizagem do ProfSaúde, que propõe uma aprendizagem a partir da realidade dos mestrandos.

Organização curricular do curso

Todas as instituições de ensino que formam a rede nacional do ProfSaúde seguem a mesma estrutura curricular e utilizam os mesmos materiais e estratégias educacionais. A identidade e homogeneidade do curso nas diferentes instituições são garantidas pelo material em EAD, criado por meio de um processo denso e participativo, conforme descrito adiante. A certificação dos mestrandos é, no entanto, de responsabilidade de cada instituição.

Como dito anteriormente, o curso se organiza em torno dos eixos de Atenção, Educação e Gestão, sendo cada um deles representado por uma disciplina em cada semestre: Atenção Integral, Educação na Saúde e Planejamento e Avaliação, no primeiro semestre, e Atenção e Gestão do Cuidado, Promoção da Saúde e Sistemas de Informação, no segundo. Essas disciplinas subsidiam e direcionam as disciplinas de Produção de Conhecimento e Seminários de Acompanhamento que, por sua vez, apresentam aportes metodológicos e teóricos para elaboração do Trabalho de Conclusão do Mestrado (TCM) no primeiro e segundo semestres, respectivamente.



Durante o primeiro semestre, o mestrando deve refletir sobre a prática no serviço de Atenção Básica (AB) em que ele está inserido, realizando a análise da AB em relação à integralidade do cuidado, o diagnóstico situacional dos processos formativos que aí ocorrem e o diagnóstico situacional do território em estreita vinculação com o planejamento e avaliação. Essa análise crítica da realidade, embasada em referenciais teóricos e discussão nos fóruns, deve subsidiar a definição de tema, problema e objetivos do TCM.

Durante o segundo semestre, o mestrando deve refletir sobre as estratégias de abordagem individual, familiar e comunitária; a promoção da saúde na realidade do território; e o uso crítico dos sistemas de informações e indicadores de saúde, considerando o processo de saúde e doença e seus determinantes sociais. No fim, o mestrando deve apresentar seu projeto de TCM e realizar exame de qualificação. O terceiro e o quarto semestres são dedicados à disciplina de tópicos especiais, às atividades complementares e ao desenvolvimento do projeto.

O TCM deve consistir em uma investigação ou intervenção, inserida nas linhas de pesquisa, sobre temática que apresente relevância para Atenção Primária/Estratégia de Saúde da Família dentro do trabalho que o mestrando desenvolve como profissional de saúde, preceptor ou docente.

O curso realiza encontros presenciais ao longo da formação. Eles fazem parte de uma estratégia de conexão dos aspectos abordados a distância e são realizados pelos docentes e orientadores de cada instituição de ensino superior (IES). Funcionam como uma fortaleza para o EAD, sendo uma estratégia educacional utilizada pelo curso para integração dos conteúdos, desafiando os alunos a olharem e perceberem seus locais de prática de forma crítica e com potencial de transformação. Esses momentos possibilitam a emergência de singularidades dos territórios das diversas instituições e o compartilhamento de saberes dos alunos, favorecendo, do ponto de vista simbólico, uma perspectiva de pertencimento dos indivíduos a uma turma de mestrado e a construção coletiva de respostas aos desafios cotidianos.

Produção de materiais educacionais

O processo de produção do material *on-line*, coordenado pela Fiocruz, contou com o apoio da UNA-SUS e a participação de duas instituições da rede: Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), convidadas a produzir os módulos que compõem as disciplinas do curso, devido à experiência prévia na condução de materiais a distância na UNA-SUS.

Os autores dos materiais estavam vinculados a diversas instituições da rede nacional, em uma estratégia de fortalecimento da participação coletiva e da cooperação docente. A elaboração dos materiais para a primeira turma contou com a organização de oficinas presenciais e reuniões *on-line*, alternadas com momentos de trabalho individual, por disciplina e por semestre. Focou-se também a articulação entre os semestres com reunião dos autores por eixo (Atenção, Gestão e Educação) e do curso como um todo.

A produção de materiais foi orientada pela proposta do curso e pelo projeto pedagógico. O grande desafio foi desenvolver, por meio do trabalho articulado dos autores, materiais educacionais que promovessem a integração entre as oito

disciplinas obrigatórias que fossem sintônicos em relação às abordagens educacionais; a potencialização de leituras e atividades; e o subsídio da elaboração do TCM.

Inicialmente, os autores de cada disciplina elaboraram um Plano de Ação Pedagógica (PAP) preliminar, traduzindo os objetivos e conteúdos previstos para a disciplina na ementa. A seguir, realizou-se uma oficina presencial com foco no alinhamento conceitual do curso, na concepção pedagógica, na estrutura curricular e na definição das estratégias pedagógicas utilizadas. Foi desafiador trazer para o concreto a proposta pedagógica e a integração e articulação do conteúdo, conformando um único percurso pedagógico de aprendizagem. Esse processo vem sendo permanentemente avaliado e acreditamos que a cada oferta do curso estamos convergindo mais para uma perspectiva pedagógica em que as fronteiras entre as disciplinas são mais tênues, denotando uma trajetória de integração disciplinar. Cada edição do curso mostra um aperfeiçoamento em processo.

Os autores discutiram, em oficina presencial, estratégias educacionais que têm a potencialidade de trabalhar situações práticas do cotidiano de serviço dos alunos: a metodologia da problematização e a utilização da simulação de casos complexos. Nessa ocasião, os autores realizaram um exercício de construção de percurso de problematização nos semestres do curso. O objetivo foi articular os conteúdos das diferentes disciplinas nos três eixos formativos do curso, com vistas ao desenvolvimento das competências profissionais.

A partir desse esforço coletivo, os autores elaboraram os PAPs com o detalhamento de objetivos de aprendizagem, conteúdos, atividades/tarefas e recursos a trabalhar em cada semana, avaliando a possibilidade de reutilização de materiais. As oficinas subsequentes mantiveram a ênfase em problematização e exposição a situações-problema, fortalecendo as possibilidades de integração das disciplinas. Priorizou-se a articulação de fóruns e a elaboração de questões amplas para utilização no conjunto de disciplinas de cada semestre. Avaliou-se a quantidade de leituras, atividades e produtos avaliativos solicitados para adequá-los à carga-horária do Mestrado.

Foram elaboradas as orientações, por disciplina, indicando o que o mestrando deveria fazer a cada semana, as atividades, leituras e mídias básicas e complementares que subsidiariam as atividades e os enunciados dos fóruns.

Como estratégia de alinhamento da oferta, foram organizadas ações formativas com os professores regentes das instituições que compõem a rede nacional. A primeira foi o acolhimento de todos os docentes da rede de forma virtual para refletir sobre o projeto pedagógico do curso e dialogar sobre os planos de ação propostos para cada disciplina com os responsáveis nacionais das disciplinas.

A segunda foi a realização de uma grande oficina de formação presencial para os docentes para a uniformização metodológica; compreensão do princípio da integração das disciplinas; esclarecimentos de conteúdos e atividades por disciplina; orientação de aprendizagem para os regentes locais; e validação dos materiais educacionais.

A coordenação nacional do curso, os autores e as instituições produtoras acompanharam a primeira oferta do curso e receberam *feedbacks* em relação aos materiais educacionais, por meio de avaliação realizada, por semestre, por alunos e coordenadores. Outro momento fundamental para a avaliação foi a oficina realizada durante o 12º Congresso Brasileiro

de Saúde Coletiva, que reuniu docentes e um discente de cada instituição. A oficina indicou que o curso vinha alcançando o objetivo de promover a reflexão sobre a prática, mas tinha como desafio reduzir a carga de leituras e de produtos avaliativos.

A partir desses *feedbacks*, foi realizada a revisão dos materiais para as turmas seguintes. Visando ampliar a participação dos docentes da rede, foram mantidos autores da proposta inicial de cada disciplina e incorporados novos autores. Para a revisão, foram realizadas duas oficinas presenciais de autores intercaladas por trabalho *on-line*. Para a terceira turma, que incluiu profissionais de Medicina, Enfermagem e Odontologia, os planos de ação pedagógica foram revistos para identificar as necessidades de adequação às especificidades de cada núcleo profissional e as oportunidades de integração; e foi pactuado um cronograma de produção.

Realizou-se intensa reflexão sobre o objetivo global de cada semestre, revisaram-se todas as disciplinas para evitar repetição de conteúdos, estimulou-se a escolha de leituras e mídias que fossem úteis para mais de uma disciplina e reduziram-se os produtos avaliativos. Para proporcionar aos docentes uma visão global do que deveria acontecer em cada semana e um trabalho mais integrado, as orientações, tanto para mestrandos quanto para regentes, inicialmente específicas de cada disciplina, foram unificadas. Além disso, as orientações para os regentes foram detalhadas para incluir subsídios para avaliação das tarefas e temáticas que poderiam ser levadas aos fóruns com a finalidade de qualificar as discussões.

A proposta do curso apresentada à Capes e o projeto pedagógico têm um enfoque multiprofissional e boa parte dos materiais educacionais foi elaborada com o olhar para o trabalho em equipe. Entretanto, algumas atividades baseadas em problemas e leituras foram revistas para contemplar o público multiprofissional. Houve preocupação de evitar a abordagem por núcleo profissional, privilegiando um olhar integrador.

Todo o material do curso foi organizado no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), com a identidade visual do ProfSaúde, com abas de trabalho por semana, e o *backup* foi disponibilizado para as instituições participantes.

O processo de elaboração de materiais aqui relatado é marcado por intensos diálogos entre autores das disciplinas, professores regentes e coordenadores. Entendemos que a própria produção do curso é espaço de aprendizagem, tensões, negociações e produção de consensos.

Da mesma forma, a aprendizagem dos mestrandos ocorre por meio do diálogo, a partir da problematização de sua prática no serviço. Isso garante a singularidade da discussão em cada grupo e da reflexão de cada indivíduo. A “sala de aula” do ProfSaúde é essencialmente o AVA e a interação ocorre no fórum, sendo fortalecida do curso a relação interpessoal construída pela conversa em que são compartilhadas as reflexões sobre as experiências pessoais analisadas com base nos subsídios teóricos ofertados. Nesse sentido e buscando garantir registros acadêmicos de qualidade, os mestrandos devem realizar todas as suas interações no ambiente Moodle. Além disso, há a preocupação para que as interações tenham profundidade teórica e estejam relacionadas aos processos de trabalho, que desempenhem o papel de desafiar, trocar experiências, construir hipóteses de análise e de proposições.

Rede nacional

Processos que visam ao desenvolvimento profissional devem ser um *continuum*, seja por meio da Educação Permanente ou da formação na pós-graduação. Iniciativas de formação em cursos de pós-graduação em rede têm sido uma das respostas a essa necessidade e têm ganhado destaque na Capes considerando as experiências exitosas na educação básica e na biotecnologia²⁵.

A concepção de rede pressupõe a organização integrada de instituições para oferta de cursos. Tratando-se de um país com as dimensões do nosso, a necessidade de formação em grande escala torna a proposta em rede uma estratégia a ser considerada na pós-graduação, principalmente no *stricto sensu*.

Para Reis *et al*:

A ideia de rede compreende a mobilização de um conjunto de pessoas, projetos, instituições, associações, organizações e outros atores que compartilham a tarefa de promover o desenvolvimento de um determinado campo temático e de relações sociais entre si e com a sociedade²⁶. (p. 322)

Trabalhar em rede pressupõe um trabalho colaborativo e articulado para cumprir um mesmo objetivo. É nessa concepção que a Rede ProfSaúde se constituiu.

A formação da rede aconteceu por adesão, por meio de uma mobilização nacional em torno da proposta que estava sendo desenhada. Iniciamos o programa com 18 instituições e chegamos à terceira edição com 22 instituições formadoras.

Atualmente, a rede ProfSaúde é integrada por instituições de ensino e pesquisa no país localizados em 17 estados da federação (quadro 1). A perspectiva é fortalecer as relações já estabelecidas e agregar instituições ao longo das novas edições.

Quadro 1. Rede Nacional do ProfSaúde

UF/Região	IES
Região Norte	
AM	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz – Amazonas)
AM	Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
RO	Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR)
TO	Universidade Federal do Tocantins (UFT)
Região Nordeste	
AL	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
BA	Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
BA	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)
CE	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz – Ceará)
PI	Universidade Federal do Piauí (UFPI)
PB	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
PE	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz – Pernambuco)
MA	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Continua.



UF/Região	IES
Região Sudeste	
RJ	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz – Rio de Janeiro)
RJ	Universidade Federal Fluminense (UFF)
RJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
SP	Universidade Estadual Paulista (Unesp)
SP	Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)
MG	Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop)
MG	Universidade Federal de Uberlândia (UFU)
MG	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
Região Sul	
RS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
PR	Universidade Federal do Paraná (UFPR)
RS	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
RS	Universidade Federal de Pelotas (UFPel)
Região Centro-Oeste	
DF	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz – Brasília)
DF	Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
MS	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz – Mato Grosso do Sul)

Fonte: Os autores, 2020.

A gestão da rede é realizada pelos seguintes atores: Pró-Reitoria, Coordenação Acadêmica Nacional e Coordenação Executiva Nacional, que compõem o que chamamos de Coordenação Nacional do Curso, responsável por acompanhar e coordenar as atividades acadêmicas, administrativas e financeiras da rede. A Coordenação Nacional conta com uma secretaria executiva nacional com sede na Fiocruz. A Comissão Acadêmica Nacional é uma comissão de caráter executivo e consultivo que apoia a Coordenação Nacional do Curso composta por coordenadores das IESs, um responsável nacional de disciplina e um docente. Todas as universidades contam com um coordenador local, regentes de disciplinas e orientadores, formando o colegiado local para desenvolvimento do curso²⁷.

Para implementar um curso único em todo território nacional e formar uma governança capaz de facilitar o processo de implantação e implementação de forma homogênea em todo território, não desconsiderando as singularidades e a autonomia das instituições e regiões do país, o ProfSaúde organizou regimento, normas e resoluções nacionais que funcionassem como balizadores para questões acadêmicas e administrativas. Buscou-se gerar uniformidade e alinhamento no programa, além de fomentar um processo de construção coletiva e democrática na rede para tomada de decisões, processo que aprimoramos a cada edição.

Outra estratégia importante no apoio da governança da rede foi a presença da coordenação nacional em reuniões presenciais ou a distância com o coordenador e corpo docente das instituições, momentos fundamentais para consolidação de um espírito de rede colaborativa, possibilitando à coordenação um olhar integrador e compartilhamento de casos de sucessos ou dificuldades.

O desafio de ter muitas instituições associadas demanda um trabalho articulado para se manter a qualidade da formação. Acreditamos que o formato adotado tem permitido uma gestão democrática e participativa para todas as universidades.

O trabalho em rede qualifica o curso ao possibilitar que instituições que estão em processo de consolidação na área de saúde coletiva estejam articuladas com instituições mais maduras, com cursos acadêmicos e produção científica de alta qualidade, compartilhando *expertises*. Além disso, instiga as instituições com cursos acadêmicos consolidados a produzir conhecimento relevante para a atenção, a educação e a gestão no nível local da Saúde da Família, com ênfase em diagnósticos e intervenções, cujos resultados e exemplos de boas práticas tenham validade externa e contribuam para a melhoria da qualidade da Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família no país.

O trabalho em rede permite já apontar algumas evidências de sucesso, como: integração entre instituições, fortalecimento das relações institucionais e potencialização das ações para o desenvolvimento do curso. Evidencia também os desafios descritos ao longo do texto. É necessário destacar a incorporação da EAD como modalidade que ainda precisa ser mais fortemente incorporada por docentes e discentes.

Considerações finais

Considerando o tamanho do nosso país, a diversidade regional, a heterogeneidade de possibilidades de formação e a necessidade de fortalecimento da APS e das equipes da ESF, descrevemos ao longo do texto a experiência de criação de um Mestrado Profissional em rede como resposta possível às grandes necessidades do país em termos da formação de profissionais de saúde.

A constituição de rede de instituições de ensino e a utilização de ferramentas a distância possibilita um curso único, apoiado em materiais construídos coletivamente, respeitando as particularidades regionais.

Outra característica do curso a se destacar é a concepção de que o mestrando é um profissional que traz consigo uma experiência, um conhecimento e uma prática a serem valorizados e compartilhados.

Um destaque importante tem sido a produção dos trabalhos de conclusão cujo foco principal é o desenvolvimento de projetos de pesquisa e de intervenção como respostas às necessidades regionais. Os artigos publicados neste Suplemento são exemplos de respostas concretas dos egressos da primeira turma a questões advindas da prática profissional.

Os profissionais em formação no ProfSaúde têm grande potencial para qualificar as atividades de docência e preceptoria no SUS e importante impacto na formação dos futuros profissionais de saúde.



As reflexões aqui produzidas intencionam que outros espaços de formação possam espelhar-se na experiência de formação do ProfSaúde. A experiência por nós adquirida no processo descrito nos leva a indicar importantes fortalezas: o estabelecimento de mecanismos de gestão democráticos e participativos na rede; a utilização de instrumentos normativos e estratégicos para a garantia da unidade do curso; a integração do conteúdo respeitando os eixos centrais da proposta; e a formação de uma rede colaborativa em território nacional.

O desejo é o de que formações de alcance como esta possam ser disseminadas no país para o fortalecimento da Atenção Primária e consequente retorno favorável à saúde da população.

Reconhece-se que esse processo ainda representa desafios que merecem ser enfrentados e, nesse sentido, sinaliza-se o acompanhamento constante por meio de avaliações sistemáticas que possam orientar mudanças que venham a contribuir para um constante aperfeiçoamento do curso.

Autores


Marta Quintanilha Gomes^(f)

<martaqg@ufcspa.edu.br> 


Maria Eugênia Bresolin Pinto^(g)

<meugeniap2@gmail.com> 

Alessandra Dahmer^(h)

<adahmer@gmail.com> 

Luiz Augusto Facchini⁽ⁱ⁾

<luizfacchini@gmail.com> 

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde (MS), ao Ministério da Educação (MEC) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).





Referências

1. Maciel ELN, Figueiredo PF, Do Prado TN, Galavote HS, Ramos MC, De Araújo MD, et al. Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(4):2021-8.
2. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. *Rev Bras Educ Med*. 2016; 40(4):547-59. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>.
3. Costa CMM, Chagas HMA, Matsukura TS, Vieira GI, Marqueze EC, López CG, et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. *Saude Soc*. 2014, 23(4):147181. Doi: 10.1590/S0104-12902014000400028.
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; 2013.
5. Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Avaliação da CAPES aponta crescimento da pós-graduação brasileira. Brasília, DF: CAPES; 2017.
6. Brasil. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Ministério da Educação; 1996.
7. Brasil. Conselho Nacional da Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, DF: Conselho Nacional da Educação; 2001.
8. Brasil. Conselho Nacional da Educação. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Conselho Nacional da Educação; 2014.
9. Franco CS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Rev Bras Educ Med*. 2014; 38(2):221-30.
10. Almeida Filho N. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1677-82.
11. Campos FE, Brenelli SL, Lobo LC, Haddad AE. O SUS como escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde da população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(4):513-4.
12. Gardner H. *The unschooled mind: how children think and how schools should teach*. 2a ed. New York: Basic Books; 2011.
13. Massote AW, Belisario AS, Gontijo ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(4):445-53.
14. Almeida Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*. 2011; 377(9781):1898-900.
15. Perrenoud P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed; 1999.
16. Tempesk P, Borba M. O SUS como escola. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(3):319-20.
17. Silva LAA, Soder RM, Schimdt SM, Noal HC, Arboit ÉL, De Marco VR. Arquétipos docentes: percepções de discentes de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(2):e0180014.
18. Fonseca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araujo ME. Education through work: reorienting healthcare professional education. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):571-83.



19. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 19 Set 1990 [citado 10 Abr 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
20. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; 2002.
21. Anastasiou LGC, Alves LP. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3a ed. Joinville: Univille; 2004.
22. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Cienc Saude Colet. 2008; 13 Supl 2:2133-44.
23. Souza CV, Shiguti WA, Rissoli VRV. Metodologia ativa para aprendizagem significativa com apoio de tecnologias inteligentes. Nuevas Ideas Inform Educ TISE. 2013; 9:653-6.
24. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NAN. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NAN. A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos. São Paulo: Editora UNESP, Cultura Acadêmica; 2015. p. 45-52.
25. Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Plano Nacional de Pós-Graduação: PNPG 2011-2020. Brasília, DF: CAPES; 2010.
26. Reis R, Tonha MGDC, Padoani MP. Trabalhar em rede: um desafio para as escolas técnicas do SUS. Trab Educ Saúde. 2004; 2(1):189-202.
27. Teixeira CP, Quintanilha M. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Turma multiprofissional: manual do(a) coordenador(a) e do(a) regente. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco, ProfSaúde; 2020.



The Professional Master's in Family Health (ProfSaúde) is a nationwide initiative focused on the education of teachers and preceptors in health for the Brazilian National Health System (SUS). This article shows the innovative characteristic of the course in Collective Health, with a pedagogical conception focused on the subject's learning and strongly developed through distance education face-to-face meetings. Therefore, we aim at presenting the Profsaúde's proposal focused on its conceptualization, curricular organization, production of educational material, and operation of the network of education and research institutions. In its first edition, 170 Master's students received their title, and the final products of some of them are being published in this Supplement. We hope this experience can subsidize other educational proposals, understanding that the course is still being constantly improved.

Keywords: Family Health. Professional Master's. Graduate teaching.

La Maestría Profesional en Salud de la Familia (ProfSaúde) es una iniciativa en red nacional con enfoque en la formación de docentes y preceptores para el área de la salud y para el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Este artículo presenta el carácter innovador del curso que se desarrolla en el área de Salud Colectiva con una concepción pedagógica centrada en el aprendizaje del sujeto y desarrollada fuertemente por medio de educación a distancia con encuentros presenciales. El objetivo, por lo tanto, es presentar la propuesta del ProfSaúde, con enfoque en su concepción, organización curricular, producción de los materiales educativos y funcionamiento de la red de instituciones de enseñanza e investigación. En su primera edición, se titularon 170 maestros y algunos productos finales de los egresados se publican en este Suplemento. Se espera que esta experiencia pueda subsidiar otras propuestas formativas, entendiéndose que el curso todavía se encuentra en un proceso de perfeccionamiento constante.

Palabras clave: Salud de la Familia. Maestría Profesional. Enseñanza de posgrado.

Submetido em 13/04/20.

Aprovado em 27/06/20.

Cômodo do inferno: acesso à Atenção Básica em duas delegacias de uma grande cidade brasileira

Hell room: Primary Care access in two police stations of a large Brazilian city
(abstract: p. 15)

Sala del infierno: acceso a la Atención Básica en dos comisarías de una gran ciudad brasileña (resumen: p. 15)

Ridiney Santos Oliveira^(a)

<ridiney@bol.com.br> 

Henrique Cesar Correa Hamilko^(b)

<henriquehamilko@gmail.com> 

Rafaela Schaefer^(c)

<rafaschaefer1@gmail.com> 

Deivisson Vianna Dantas dos Santos^(d)

<deivianna@gmail.com> 

continua pág. 13

^(a) Pós-graduando do Programa de Mestrado em Saúde da Família em Rede Nacional (mestrado), Universidade Federal do Paraná (UFPR). Rua Padre Camargo, 280, 3º andar, Alto da Glória. Curitiba, PR, Brasil. 80060-240.

^(b, c) Graduando(a) do curso de Medicina, UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

^(d, e) Departamento de Saúde Coletiva, UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

^(f) Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

Existe uma grande quantidade de pessoas privadas de liberdade em delegacias, e a Atenção Básica (AB) constitui a porta de entrada para os cuidados em saúde dessa população. Esta pesquisa envolveu reclusos e reclusas de duas delegacias de polícia – uma com população masculina e outra, feminina – Curitiba, Paraná, Brasil – com a finalidade de analisar o acesso à saúde naqueles espaços a fim de auxiliar na formação de estratégias de acolhimento dessa população na AB. Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas abertas, observação participante, registro em diário de campo e pesquisador com experiência no atendimento dessa população. Como resultado, observaram-se aspectos estruturais e processuais interferindo no acesso aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos do atendimento à saúde, bem como a quase inexistência da prevenção de doenças.

Palavras-chave: Populações vulneráveis. Assistência à saúde. Representações sociais. Percepção de doença e saúde. População privada de liberdade.

Introdução

De 2001 para 2011, o número de presos no Brasil cresceu de 233.859 para 514.582, o que representou um crescimento de aproximadamente 120% em dez anos¹. Em junho de 2016, a população prisional era de 726.712, o que correspondia a uma taxa de ocupação de 197,4%, ou seja, havia praticamente o dobro de pessoas do que as vagas permitiam encarcerar. Esse grande contingente representa um aumento na ordem de 707% em relação ao total registrado no início da década de 1990².

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) de 2016, o estado do Paraná era o terceiro colocado em números de população prisional no Brasil, com 51.700 presos, ficando atrás apenas de São Paulo e Minas Gerais. O total de vagas era de 18.365, havendo, portanto, um déficit de vagas de 33.335².

Desse contingente paranaense, havia 9.826 pessoas privadas de liberdade em carceragens nas delegacias – estabelecimento cuja finalidade seria de albergar apenas os presos provisórios. O Paraná também foi o terceiro colocado em relação ao percentual de presos sem condenação com mais de noventa dias de aprisionamento, que somavam 84% de sua população carcerária².

Para garantir o direito à saúde aos reclusos, além da Constituição Federal de 1988, há também a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984. Posteriormente, foram criados o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), em 2004, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014, que norteiam a organização do cuidado à saúde das pessoas privadas de liberdade³.

O documento da PNAISP visa garantir o direito à saúde e o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os indivíduos privados de liberdade no sistema prisional (sejam eles presos provisórios ou já condenados), por meio de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, incluindo medidas da vigilância sanitária, programas de saúde mental e vacinações⁴. Importante destacar que a PNAISP não cria um sistema de saúde em paralelo para esta população, mas reforça a diretriz de garantir o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território. Dessa forma, a AB como componente primordial da RAS é colocada como a forma de acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Uma vez que as delegacias não tinham sido contempladas na legislação anterior, esse documento representou um avanço no campo das políticas sociais da área, especialmente quando se identificou que o tempo médio da prisão provisória em delegacias variava de 172 dias a 974 dias³.

Curitiba é uma das cidades que têm programas anteriores ao PNAISP para a população em privação de liberdade provisória. Em 2008, o Programa de Atenção à Saúde de Presos Provisórios nos Distritos Policiais e Delegacias foi criado com objetivo de garantir a oferta de assistência à saúde⁵.

Pelas características próprias das populações privadas de liberdade, o acesso à saúde encontra mais barreiras do que facilitadores. Pertencer a esse grupo populacional influencia de maneira radical no processo saúde-doença, determinando condições de vulnerabilidade e interferindo na sua capacidade de acesso aos serviços de saúde. As pesquisas e publicações

na área da saúde envolvendo essa população ainda são escassas, predominando estudos quantitativos. Essa escassez é problemática, na medida em que esse grupo social é negligenciado pelas políticas públicas de assistência à saúde no contexto do SUS, ficando comprometida com relação à universalidade, integralidade e equidade da atenção⁶.

Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais dos serviços de saúde, especificamente da AB, apropriem-se dessa realidade e conheçam a visão desses sujeitos para qualificar suas ações. Por isso, buscou-se, no presente estudo, avaliar o acesso ao atendimento em saúde das pessoas privadas de liberdade em duas delegacias de polícia, a partir da própria percepção dos reclusos e reclusas.

Metodologia

Optou-se por um estudo qualitativo, realizado em duas delegacias da cidade paranaense de Curitiba – uma de reclusos masculinos e outra, de reclusas femininas –, selecionadas intencionalmente devido à facilidade de acesso do pesquisador por prestar atendimento médico nestas.

A pesquisa dispôs de duas ferramentas para a obtenção dos dados. A primeira foi a observação participante⁷, com elaboração de diário de campo, no qual foram registrados em caderno de anotações aspectos como: a relação dos reclusos entre si e com os profissionais da saúde e da delegacia; o manejo de cuidados de saúde; a maneira como se realizava o atendimento pela equipe da saúde; o atendimento dos privados de liberdade pelos funcionários da delegacia e a estrutura física. Tal ferramenta foi importante para o entendimento da dinâmica dentro da delegacia, uma vez que algumas informações nem sempre eram relatadas nas entrevistas.

A frequência da observação foi, em média, de duas vezes por semana, com quatro horas de permanência, e ocorria tanto durante as entrevistas (durante os atendimentos da equipe da saúde) quanto nas transferências para outros setores do sistema prisional ou mesmo nas escoltas até os advogados dos reclusos e reclusas. O período de observação foi de maio a dezembro de 2018.

A segunda forma de obtenção de dados foi a realização de entrevistas abertas. Os convites aos reclusos/reclusas participantes foram feitos reservadamente pelo pesquisador, em ambas as delegacias, durante o momento de saída de cela para alguma consulta ou procedimento médico. Para evitar a exposição, somente aqueles que seriam transferidos ou sairiam em liberdade foram convidados a participar. O espaço dedicado às entrevistas em ambas as delegacias era o mesmo local onde ocorria o atendimento. Durante as entrevistas, estavam presentes apenas o pesquisador e o/a participante. O tempo médio das entrevistas foi de cinco minutos. A população privada de liberdade costuma falar pouco, além de apresentar medo de represálias de ambos os lados, ou seja, de colegas de cela e policiais. Além disso, havia também a necessidade de liberar o policial para suas atividades na delegacia o mais rápido possível.

O anonimato foi garantido em todo momento das entrevistas e da análise. Para preservar a identidade dos participantes e facilitar o reconhecimento de cada entrevista, optou-se por chamá-los de M (para participantes masculinos) e F (para participantes

femininos), enumerando-os. Evitou-se incluir qualquer dado que pudesse incorrer em identificação, por questões éticas e de segurança aos participantes. A quantidade de entrevistados foi definida por saturação, ou seja, a suspensão de inclusão de novos participantes ocorreu quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta⁸.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, aprovado com o registro na Plataforma Brasil CAAE 80355317.0.0000.0102. Todas as dúvidas dos participantes em relação à participação na pesquisa foram esclarecidas antes de iniciadas as entrevistas.

A coleta de dados ocorreu no mesmo período da observação participante, sendo realizadas 26 entrevistas: 13 com participantes femininas e 13 com participantes masculinos. Não foram incluídas no estudo pessoas com clara dificuldade cognitiva, ou que, no momento da entrevista, ofereciam algum risco para o entrevistador, segundo avaliação dos guardas locais. Nenhum convidado recusou o convite para participar.

A maioria dos entrevistados era composta por reclusos ou reclusas que estavam há três meses, em média, em privação de liberdade. Não foram coletadas informações como idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, tipo de crime cometido e local de residência, assim como outras informações que se relacionam ao perfil demográfico por acordo com o campo de pesquisa.

O roteiro de entrevista contou com questões relacionadas a como se entende os problemas de saúde, como o cuidado em saúde ocorre e como se dá o acesso aos profissionais de saúde. Foram explorados nas entrevistas assuntos como definição pessoal de saúde e doença, acesso à saúde antes da reclusão, entre outros. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente *a posteriori*. Na sequência, cada uma das entrevistas transcritas foi transformada em narrativa⁹.

Além disso, no caso específico da narrativa, foi necessário em alguns momentos se valer de uma “tradução” do linguajar próprio utilizado pelo(a)s recluso(a)s e trabalhadores das delegacias, de modo que o texto se tornasse compreensível a todos. Após esse trabalho, obteve-se a narrativa em sua versão final.

Cada uma dessas narrativas foi posteriormente avaliada por pelo menos três pesquisadores que, seguindo os preceitos da hermenêutica gadameriana, buscaram na interpretação dos trechos o significado a partir dos fenômenos emanados dos discursos. A partir daí, extraíram-se os núcleos argumentais que emergiram dos textos, agrupados em categorias construídas conforme interpretação dos discursos¹⁰.

Por fim, para amenizar o viés proveniente do fato de um pesquisador trabalhar com esta população e estar habituado a este cotidiano (o que permitiu a realização da pesquisa), trabalhou-se em equipe, com a participação de outros dois pesquisadores, que não faziam parte da rotina da delegacia, para analisar as narrativas pelo método hermenêutico. Além disso, havia encontros regulares para discutir o andamento da pesquisa, mantendo a crítica e múltiplos olhares em relação ao que estava sendo percebido.

Em ambas as delegacias estudadas, os atendimentos eram realizados em média a cada 15 dias. A equipe de trabalho era composta de médico, da unidade de referência, e de enfermeira, concursada para trabalhar nas delegacias. Os medicamentos e material de procedimento eram ofertados pela unidade de saúde responsável pela delegacia. As consultas eram realizadas em locais variados, dependendo da disponibilidade no momento.

Resultados e discussão

No presente estudo, não apenas realizou-se uma análise restrita ao acesso a ações de saúde – no sentido daquelas atividades voltadas ao cuidado curativo –, mas também buscou-se incluir aspectos relativos aos processos determinantes da saúde. Nesse sentido, trabalhamos com referenciais de acessibilidade a serem analisados em suas dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica¹¹.

Assim, o acesso à saúde foi organizado em três temas principais: “acesso a um ambiente saudável”, “acesso a medidas de proteção” e “acesso ao profissional da saúde e aos procedimentos diagnósticos”.

Acesso a um ambiente saudável

No ambiente do sistema prisional, há várias situações que favorecem o adoecimento, como condições precárias de higiene e celas mal ventiladas e superpopulosas¹². Nas delegacias estudadas, a situação foi semelhante: o acesso a um ambiente saudável foi muito deficitário. No encarceramento masculino, observou-se uma grande quantidade de reclusos em uma mesma cela, que continha dez pessoas em média, chegando em certos momentos a vinte pessoas na mesma cela. Nessas circunstâncias, os indivíduos se revezavam entre redes improvisadas e colchões no chão.

Tá complicado, dormindo no chão molhado, ficando doente, sei lá, aqui é o cômodo do inferno, o lugar é complicado. (M03)

Cenário semelhante foi observado na delegacia feminina: celas superlotadas, mal ventiladas e com precária condição de higiene. Um estudo¹³ já identificou que a estrutura física das delegacias prioriza a segurança dos profissionais que lá trabalham em detrimento da percepção das doenças; e cuidados com a prevenção e recuperação da saúde.

Em relação à estrutura física da cela, em ambas as delegacias constatou-se que o vaso sanitário do modelo bacia turca ficava no mesmo ambiente que pertencesse pessoais e de higiene, que, por sua vez, também era onde se realizavam as refeições. Esse ambiente insalubre, além de não oferecer dignidade e privacidade – situação decorrente da aglomeração de pessoas –, também favorecia a transmissão de doenças infecto-contagiosas.

A limpeza dos locais estudados era deficitária, apesar da existência dos “faxinas”, como eram chamados o(a)s recluso(a)s responsáveis pela higiene da cela e do corredor que permite o acesso às celas. A limpeza era diária, entretanto, não era possível realizá-la

com qualidade devido à impossibilidade de esvaziar as celas, que continham grande número de pessoas. Esse fato, juntamente com a insuficiente ventilação, tornava o ambiente das celas propício ao adoecimento.

O acesso à água potável era difícil. A água ficava acondicionada em garrafas PET de dois litros, que eram compartilhadas por todos que partilhavam a mesma cela. Para tomar banho, os encarcerados improvisavam um chuveiro na cela, adaptando uma dessas garrafas acopladas a um cano.

Os (as) reclusos (as) tinham acesso a sabonete, escova e pasta de dente. Entretanto, era forte o odor de suor em ambas delegacias, sendo que, na masculina também era forte o cheiro de cigarro, já que eles pareciam fumar mais do que as mulheres. Os sabonetes também eram utilizados para a lavagem de roupas, que ficavam penduradas todas juntas para secar nas grades das celas.

A alimentação era pouco diversificada, predominando carboidratos e, muitas vezes, sem opção de salada. Bebidas observadas foram: café, água e, em alguns momentos, refrigerante. No café da manhã era oferecido pão com café apenas. Quando os visitantes levavam algum alimento, a maioria era produtos industrializados e com predominância de carboidratos.

Os alimentos vinham em um recipiente de isopor, que os (as) reclusos (as) chamavam de “blindada”. Não se percebeu diferenciação de alimentos ofertados, ou seja, não houve individualização no preparo das dietas conforme certas doenças requerem, como uma refeição com menor teor de sal para hipertensos, com menor teor de carboidratos para diabéticos, ou outra restrição alimentar. Desse modo, a alimentação de baixa qualidade e pouco saudável, associada ao precário abastecimento de água, também favorece o adoecimento¹⁴.

Acesso a medidas de prevenção

Uma das ações previstas pela PNAISP é garantir medidas de prevenção, como a vacinação para hepatites, *influenza* e outras do calendário adulto⁴. Entretanto, no período de observação nessas delegacias, a única medida de prevenção foi o fornecimento da vacina da gripe. Especificamente para as reclusas femininas, houve também o incentivo e o fornecimento, por parte da equipe de saúde, de contraceptivo hormonal. Nesse caso, o medicamento tinha a finalidade principal de evitar a menstruação para contribuir para a higiene da cela, sendo instruído o uso contínuo.

Em outro estudo¹⁵, a única ação preventiva promovida pela equipe em uma unidade prisional também se centrava na vacinação. Percebe-se, portanto, que há uma precariedade nas ações preventivas para pessoas privadas de liberdade nas delegacias, que, paradoxalmente, por desse constituírem em uma população vulnerável, mereceriam priorização deste tipo de cuidado.

Geralmente não ocorria a coleta de exames laboratoriais, salvo em situações de extrema necessidade, devido à ausência de material para realizar as coletas na própria delegacia e à dificuldade de transporte tanto da pessoa reclusa para local de coleta específico quanto do material coletado até o laboratório de análises clínicas.



Para os detentos e detentas, as representações das doenças inscrevem-se em uma hierarquia de riscos em que se sobressaem os perigos de morte, relegando a um segundo plano a percepção das doenças e dos cuidados com a prevenção e a recuperação da saúde¹².

Esse é o meu ponto de vista: doença é a morte! (F18)

Acesso ao profissional da saúde e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos no cárcere

Nas delegacias estudadas, os atendimentos ocorriam em consultórios improvisados, predominando a precariedade das estruturas, contendo mesa e cadeira para apenas o profissional da saúde, sem maca para realizar os atendimentos dos reclusos. Na masculina, por exemplo, eram realizados, na maior parte do tempo, com o recluso em pé.

A triagem do(a)s recluso(a)s, com relação ao atendimento de saúde, dava-se pela avaliação informal da demanda de assistência por parte dos agentes de segurança. Eles recebiam as queixas com solicitação de consulta por parte do(a)s detentos (as) e, dependendo da situação, solicitavam o apoio da equipe de saúde. Havia também a influência que lideranças de grupos de detentos exerciam em relação à seleção de prioridades para os atendimentos. Somado a isso, também existia seleção pela própria equipe da saúde.

As anotações eram realizadas em um *notebook* trazido pela Enfermagem, e, posteriormente, transferidas para o prontuário eletrônico da Unidade Básica de Saúde (UBS). Dentre os procedimentos realizados, destacavam-se consultas, retirada de pontos, injeção de medicamentos e, em algumas situações de extrema necessidade, drenagem de abscessos. A esterilização dos materiais era realizada na UBS de referência.

Estudos evidenciaram que a assistência à saúde acaba funcionando como elemento de troca e negociação para manutenção da ordem e da disciplina no cárcere. O acesso ao atendimento à saúde no sistema penitenciário é por vezes mediado pelos agentes penitenciários e pelos próprios presos e presas, contrariando a política que rege que esse papel cabe aos profissionais da saúde. Assim, o acesso ao serviço se torna desigual, frequentemente concedido segundo critérios alheios à saúde: a hierarquia dos presos e a decisão dos agentes penitenciários^{12,16}.

Aqui dentro a gente tem que chamar os guarda, né. (F07)

Eu pedia apoio só para os plantão [profissionais da delegacia] que estava trabalhando. (M02)

Ao contrário do que foi identificado em outro estudo¹⁷, no qual os profissionais de saúde tinham dificuldade de acesso ao encarcerado, nas duas delegacias estudadas não aconteceu o mesmo. Nestas, a equipe da saúde da AB determinava quantos reclusos seriam atendidos no dia, solicitava suas saídas para reavaliações e tinha acesso direto às celas para realização da triagem. Assim, o profissional da saúde tinha um contato mais próximo ao encarcerado.

O controle do acesso à equipe de saúde da AB realizado pelos próprios reclusos e reclusas ocorria a partir de uma organização e negociação entre eles. Na delegacia masculina, o líder – recluso que exerce o papel de chefe da cela, selecionado conforme sua periculosidade e poder de mando sobre os demais – dava a decisão final sobre o que seria importante se queixar durante o processo de triagem (processo no qual cada um relatava seu problema). O voz – recluso escolhido pelo “líder” conforme sua habilidade de comunicação – era o responsável em repassar às pessoas externas à cela as queixas e necessidades dos encarcerados. Assim, o encarcerado que tivesse uma necessidade validada pelos reclusos no pedido encaminhado, após permissão do líder saía, para consulta. Embora entre as mulheres também existisse a figura da líder, ela não interferia tanto no acesso ao atendimento à saúde, como ocorria na unidade masculina.

Uma possível explicação para essas múltiplas “triagens” na delegacia masculina seria a oferta insuficiente de consultas pela equipe de saúde, obrigando-os a selecionar as pessoas a serem consultadas. Outro fator era o medo de haver algum “X9” (traidor) no grupo, que poderia colocar em risco algum segredo interno. Esse receio foi mencionado por alguns encarcerados que temiam, ao deixar a cela, dar motivos para suspeita de traição por parte dos colegas de cárcere. Assim, para não levantar suspeitas e não oferecer risco ao grupo, preferiam selecionar as queixas comuns a todos e não sair da cela.

Não se identificou esse medo de traição entre as mulheres. Nenhuma delas referiu temor de ser considerada traidora por consultar individualmente. Uma possível explicação seria a menor quantidade de mulheres que fazem parte de facção criminosa, não havendo o perigo de desentendimentos entre grupos. As mulheres, na maior parte das situações, foram presas por crimes relacionadas à Lei de Drogas e Entorpecentes, mas não foram as protagonistas dos crimes, que ainda continuam sendo os homens¹⁸.

Outra possível explicação seria a menor frequência de visitas que as mulheres recebiam, necessitando de maior cooperação e sororidade entre si para superar as dificuldades vivenciadas, fato observado e registrado em diário de campo. Havia abandono das mulheres por parte de seus parceiros e familiares, que, em geral, não aceitavam o fato de elas estarem em privação de liberdade¹⁹.

[...] porque eu não tenho advogado, eu não tenho, sabe, desespero total, então eu dependo que vocês venham aqui, dependo de você, não tem como, depende de vocês mesmo, não tem família, né? (F18)

A maior solidariedade entre as mulheres, explicada por muitas entrevistadas pela ausência da família e pelo menor número de visitas, pode ter como objetivo construir um esforço coletivo de melhora da qualidade de vida naquele ambiente.

A gente paga remédio uma para outra aí, principalmente aquelas que não têm ninguém aqui. (F10)

[...] ela está doente da carne, do espírito, alguma coisa está doente, né, a gente tem que ajudar ela. (F8)



Outro ponto observado é que, como as mulheres estavam em menor número do que os homens, todas que apresentaram algum problema de saúde conseguiam atendimento.

Outro fator que influenciou no acesso ao atendimento à saúde na delegacia masculina foi o tipo de crime cometido pelo encarcerado. Alguns crimes não eram aceitos pela população estudada, como o estupro. Ficou evidente que os reclusos masculinos não gostaram quando se disponibilizou atendimento para um autor desse tipo de crime. Para eles, o esturador não deveria ter direito às consultas de saúde.

No ambiente feminino, esse fenômeno não foi observado explicitamente; porém, houve uma situação em que as reclusas demonstraram descontentamento com o atendimento a duas mulheres acusadas de latrocínio, dificultando seu acesso aos profissionais de saúde.

Na delegacia masculina houve reclusos que solicitaram atendimentos por meio da entrega de bilhetes ao agente, da mesma forma como ocorre na população carcerária de penitenciárias¹⁵. Contudo, muitos deles reclamaram da falta de efetividade com tal abordagem.

No presídio eu mandava pipa [carta enviada pelos reclusos às pessoas externas à cela] pela manhã cedo, e às 11h eles atendiam. Já aqui, não adianta mandar pipa. (M01)

No sistema [penitenciário], eu tinha que mandar pipa para enfermaria para conseguir atendimento. Aqui não tem o que fazer, não adianta, tô preso. (M05)

Houve, no entanto, participante que referiu êxito com essa prática quando associada ao acesso direto a membros da equipe de saúde.

Já aqui passo bilhete [carta enviada pelos reclusos às pessoas externas à cela], converso com a mulher [aponta para a enfermeira] e tudo certo. (M23)

Na delegacia feminina, durante o período que em que a pesquisa foi realizada, não se observou a estratégia do bilhete. As reclusas costumavam falar diretamente com os profissionais, tanto da delegacia quanto da saúde. Para algumas pessoas, não houve reclamação referente a condições dos atendimentos e esteve presente o sentimento de gratidão.

Entretanto, o discurso da falta foi o que predominou nas entrevistas. As ações de promoção de saúde bucal, por exemplo, realizadas por um profissional da Odontologia, não existem pela falta desse tipo de trabalhador na equipe. A falta de equipe completa de atendimento foi descrita em outros estudos com população privada de liberdade^{20,21}, o que mostrou a carência no atendimento integral a essa população e a discrepância entre o que se observa e o que se idealiza em documentos referentes ao direito à saúde dessa população³.

Em muitas situações, essa carência foi motivo de reclamação – mais por parte da equipe de saúde do que pelos reclusos. A população estudada solicitou a presença do médico regularmente.



[...] nós precisamos de médico. Na verdade, não temos banho de sol. Na parte de atendimento de saúde a gente precisa direto. Precisamos de médico mesmo, enfermeiro, remédio, nós não temos. (F06)

Apesar da premissa de que a saúde deve ser estendida a todos os cidadãos, independentemente da condição em que se encontram²², a realidade aponta uma enorme incongruência entre o direito positivado e a aplicabilidade prática, conforme mencionamos anteriormente. Exemplos disso são a impossibilidade de realizar exame ginecológico pela inexistência de material e maca disponíveis, ou, no caso dos homens, o fato de que raras vezes conseguem uma cadeira para sentar e expressar o que o está incomodando com relação a sua saúde. Falta-se, assim, com a dignidade, humanidade, integralidade e universalidade nos atendimentos.

Alguns reclusos solicitaram também um acompanhamento médico continuado e regular. Esta seria a garantia da longitudinalidade, um dos atributos centrais da AB descrito por Starfield²³ e que também é identificado pelos participantes da pesquisa como um atributo necessário para a equipe de saúde. Afinal, a longitudinalidade só se concretiza pelo acompanhamento do indivíduo ao longo do tempo por profissionais da equipe de saúde²⁴.

Precisamos, na realidade, do acompanhamento médico com uma periodicidade, de um médico ter a disposição de vir aqui. (M19)

Para os participantes, o acesso aos cuidados em saúde nas unidades prisionais pareceu estar mais bem estabelecido do que nas delegacias. Inclusive, para os casos que necessitavam de algum cuidado emergencial não odontológico, o complexo médico penal servia de referência. As falas, a seguir, de participantes que já cumpriram pena em presídio (chamados por eles de “sistema”) apontaram diferenças dos cuidados em saúde oferecidos nos presídios quando comparados aos oferecidos nas delegacias:

No sistema eu mandava pipa pela manhã cedo e às 11h eles atendiam. Todo dia tinha atendimento, remédio e, se fosse grave, levava para o CMP [Complexo Médico Penal] no mesmo dia. Lá o sistema funciona, já aqui é delegacia. No presídio tem atendimento médico de segunda a sexta e dentista uma vez por semana. Quando mandava pipa às 8h, às 11h já me levavam para o médico. Já aqui, não adianta mandar pipa, estou há 41 dias e é a primeira vez que vem alguém atender. (M01)

Já passei pelo sistema duas vezes...No sistema, lá é bem confortável, melhor que aqui, tem médico, tem enfermeiro, lá flui, lá o negócio flui. (F06)

Conforme registros do diário de campo, verificou-se uma quantidade limitada de medicamentos disponíveis nos atendimentos nas delegacias, que se restringiam a poucos tipos de analgésicos; antibióticos; e pomadas para alergia e para tratamentos ginecológicos. Esses medicamentos eram trazidos da unidade de saúde pelo médico



responsável pelo atendimento, uma vez que não eram fornecidos diretamente às delegacias pelo Estado. A quantidade e a variedade de medicamentos eram frequentemente insuficientes, exigindo por parte do médico um racionamento na distribuição entre os detentos para conseguir atender minimamente a todos. A variedade de medicamentos que os reclusos tinham acesso era a mesma da UBS. Os medicamentos não disponibilizados pelo sistema público eram trazidos pelos amigos ou parentes nos dias de visita aos reclusos. Estudo de Minayo e Ribeiro¹⁴ apresentou achados semelhantes, demonstrando que a distribuição de medicamentos é precária no sistema prisional, cabendo às famílias, ou mesmo aos advogados, obtê-los quando conseguem comprá-los.

Hoje é terça, minha família trouxe o remédio domingo passado, mas ele acabou agora. Trouxeram alguns medicamentos como Resfenol, uma pastilha, um Dorflex e outros. (M01)

Para conseguir medicamento fora, só mediante advogados, né? (F12)

Em casos nos quais o(a) detento(a) não dispusesse das alternativas mencionadas, este ficava na dependência da ajuda de colegas. Essa dependência parecia ser maior entre as mulheres, uma vez que, quando comparadas aos homens, elas recebiam menos visitas de pessoas de fora.

Dando remédio de um e o do outro aí. (F10)

Tem gente que é forasteiro, não tem visita, daí a gente ajuda o próximo, um ajuda o outro. (M23)

Alguns dos participantes da pesquisa relataram que, paradoxalmente, aquela situação de privação da liberdade contribuía para a saúde, pois dificultava o acesso a substâncias ilícitas, favorecendo assim a desintoxicação. Tal situação também foi identificada em outro estudo, que verificou que uma parte dos presos considerou que sua situação de saúde melhorou na prisão, por ter mais tempo para si, permitindo prevenir-se contra riscos à saúde¹⁴.

A população privada de liberdade não costuma ter acesso aos serviços públicos antes de cometer a infração, vivendo em condições nas quais o acesso aos serviços de saúde está negado, vindo, muitas vezes, a conhecer a equipe de saúde (dentista, médico, psicólogo) no sistema penitenciário²⁵. Tal como na literatura, os (a)s entrevistados (a)s de ambas as delegacias também retrataram a falta de acesso anterior à reclusão. Além das dificuldades para conseguir o acesso, outro estudo aponta que reclusos e reclusas ainda sofrem pelo preconceito dos serviços prestadores de assistência²⁶.



Conclusão

Com esta pesquisa, foi possível compreender a dura realidade nessas duas delegacias em relação às ações de saúde realizadas pela AB do território que elas fazem parte. Ficou evidente que ambas apresentaram importantes obstáculos na acessibilidade à saúde: superlotação das celas; ausência de colchões para todos; ventilação deficiente; precárias condições de higiene; ausência de um local que preserve a privacidade; presença do vaso sanitário no mesmo ambiente onde se realizam as refeições; dificuldade de acesso à água potável; inexistência de chuveiro, pia e área para secagem das roupas; e necessidade de deslocamento para uma clínica externa, no caso dos atendimentos odontológicos, são exemplos contundentes da inadequação das delegacias ou insuficiência de barreiras físicas e geográficas.

O acesso também sofre com aspectos organizacionais, como uso do atendimento à saúde como elemento de negociação; a triagem para o atendimento pela avaliação dos agentes de segurança; influência de lideranças de grupos de detentos no controle do acesso à equipe de saúde; oferta insuficiente de consultas; necessidade do encaminhamento de bilhetes ao agente; falta de um profissional da Odontologia; pequeno número de policiais disponíveis para garantir a segurança durante o transporte e o atendimento; e a própria inexistência de uma equipe exclusiva e treinada para atender à população privada de liberdade.

Da mesma forma, as deficiências se expressam na dimensão sociocultural da acessibilidade, pela disseminação do medo de haver algum traidor no grupo funcionando como obstáculo ao deslocamento dos detentos aos espaços de atendimento. Outro fator sociocultural que afeta o acesso ao atendimento à saúde é a não aceitação, por parte dos detentos, de alguns tipos de crimes, como o estupro, gerando forte resistência à disponibilização do atendimento à saúde a seus autores.


Finalmente, quanto à dimensão econômica da acessibilidade, alguns aspectos – como a precária distribuição de medicamentos no sistema prisional, exigindo das famílias sua obtenção, quando possuem recursos para comprá-los – demonstra que também nesse aspecto o acesso é deficitário.

Apesar de todas essas limitações, para alguns detentos, o encarceramento ofereceu maior possibilidade de acesso à saúde, demonstrando que as diretrizes constantes na PNAISP vão na direção correta ao reforçar que as delegacias e a população privada de liberdade nelas residentes são de responsabilidade da AB e do SUS.


Entretanto, conclui-se que as delegacias estudadas apresentaram uma realidade muito diferente da proposta pela PNAISP e outras políticas nacionais voltadas a essa população. Não se observaram grandes ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e de garantia de atendimento multiprofissional. A realidade vem deflagrando uma enorme incongruência entre o direito positivado e a aplicabilidade prática. A pena a cumprir é a restrição da liberdade; as demais privações desnecessariamente impostas são expressão de crueldade, evidentemente prejudiciais à saúde.

Autores

Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque^(e)

<guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com> 

Sabrina Stefanello^(f)

<binastefanello@gmail.com> 

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Arruda AJCG, Oliveira MHB, Guilam MC, Vasconcelos DIB, Costa TF, Leite IF. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE Online*. 2013; 7 (esp):6646-54.
2. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen [Internet]. Brasília; 2017 [citado 1 Jul 2020]. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>
3. Lermen HS, Gil BL, Cunico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis*. 2015; 25(3):905-24.
4. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Levantamento dos presos provisórios do país e plano de ação dos tribunais [Internet]. Brasília; 2019 [citado 20 Jan 2020]. Disponível em: <https://cnj.jusbrasil.com.br/noticias/433372438/levantamento-dos-presos-provisorios-do-pais-e-plano-de-acao-dos-tribunais>
5. Ribas P. Programa de atenção à saúde dos detentos de Curitiba. *Contexto*. 2011; 1:6-7.
6. Barsaglini R. Do plano à política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis*. 2016; 26(4):1429-39.
7. Atkinson P, Hammersley M. Ethnography and participant observation. *Handbook Q Res*. 1994; 1:248-61.
8. Fontanella BJB, Magdaleno Junior R. Theoretical saturation in qualitative research: psychoanalytical contributions. *Psicol Estud*. 2012; 17(1):63-71.
9. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6):1090-6.
10. Ricouer P. O mundo do texto e o mundo do leitor. São Paulo: Papyrus; 1997.



11. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna MLF, et al. Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 177-84.
12. Diuana V, Lhuilier D, Sanchez AR, Amado G, Araujo L, Duarte AM, et al. Health in the prison system: representations and practices by prison guards in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(8):1887-96.
13. Sousa MCP, Neto FJA, Sousa PCC, Silva CLC. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. *Rev Interdisciplin*. 2013; 6(2):144-51.
14. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(7):2031-40.
15. Santos HB, Nardi HC. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? *Physis*. 2014; 24(3):931-49.
16. Sánchez A, Leal MC, Larouzé B. Realidade e desafios da saúde nas prisões. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(7):1996.
17. Jesus LO, Scarparo HBK, Lermen HS. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. *Aletheia*. 2013; (41):39-52.
18. Bianchini A, Barroso MG. Mulheres, tráfico de drogas e sua maior vulnerabilidade: série mulher e crime. Jusbrasil [Internet]. 2012 [citado 1 Jul 2020]. Disponível em: <https://professoraalice.jusbrasil.com.br/artigos/121814131/mulheres-trafico-de-drogas-e-sua-maior-vulnerabilidade-serie-mulher-e-crime>
19. Saldaña P. 36% das mulheres presas em São Paulo nunca recebem visita. Estadão [Internet]. 13 Jun 2011. Disponível em: <https://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,36-das-mulheres-presas-em-sao-paulo-nunca-recebem-visita,731791>
20. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Filho AP. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(2):275-83.
21. Valim EMA, Daibem AML, Hossne WS. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Rev Bioet*. 2018; 26(2):282-90.
22. Assis LR. As condições de saúde no sistema prisional brasileiro. Jusbrasil [Internet]. 2017 [citado 1 Jul 2020]. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/517938988/as-condicoes-de-saude-no-sistema-prisional-brasileiro>
23. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2004.
24. Cunha EM, Giovanela L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(1):1029-42.
25. Gameiro N. Saúde no sistema prisional será tema de política pública. Fiocruz [Internet]. 2013 [citado 1 Jul 2020]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/saude-no-sistema-prisional-sera-tema-de-politica-publica>
26. Reis CB, Bernardes EB. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(7):3331-8.



Police stations are full of freedom-deprived people, and primary care is an entry for their healthcare. This research involved prisoners of two police stations (one male and another female) of a large Brazilian city (Curitiba, Paraná) in order to analyze their healthcare access and build strategies to welcome this population in primary care. It is a qualitative study with open interviews, participant observation, field notes, and researcher experienced in this type of care. As a result, structural and procedural aspects that interfere in the access to healthcare's diagnostic and therapeutic procedures were observed, as well as lack of disease prevention.

Keywords: Vulnerable population. Healthcare. Social representation. Disease and health perception. Freedom-deprived population.

Hay una gran cantidad de personas privadas de libertad en comisarías y la atención básica constituye la puerta de entrada para los cuidados de salud de esa población. Este estudio envolvió a reclusos y reclusas de dos comisarías de policía, una con población masculina y otra femenina, de una gran ciudad brasileña (Curitiba – Estado de Paraná), con la finalidad de analizar el acceso a la salud en aquellos espacios con la finalidad de auxiliar en la formación de estrategias de acogida de esta población en la atención básica. Como resultado, se observaron aspectos estructurales y procesales que interfieren en el acceso a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la atención de la salud, así como a la casi inexistencia de la prevención de enfermedades.

Palabras clave: Poblaciones vulnerables. Asistencia de la salud. Representaciones sociales. Percepción de la enfermedad y de la salud. Población privada de libertad.

Submetido em 14/08/19.

Aprovado em 27/06/20.

Avaliação da interação em fóruns de discussão na especialização de preceptoria em Medicina de Família e Comunidade a distância

Assessment of interaction in discussion forums on distance learning specialization of preceptorship in Family and Community Medicine (abstract: p. 15)

Evaluación de la interacción en fóruns de discusión en la especialización de preceptoría en Medicina de Familia y Comunidad a distancia (resumen: p. 15)

Brenda Wander^(a)

<brenda.br@gmail.com> 

Marta Quintanilha Gomes^(b)

<martaqq@edu.ufcspa.br> 

Maria Eugênia Bresolin Pinto^(c)

<eugenia@ufcspa.edu.br> 

^(a) Médica de Família e Comunidade. Avenida Protásio Alves, 7157, 402/03, Bairro Petrópolis. Porto Alegre, RS, Brasil. 91310-003.

^(b) Departamento de Educação e Humanidades, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil.

^(c) Departamento de Saúde Coletiva, UFCSPA. Porto Alegre, RS, Brasil.

Esta pesquisa busca compreender que critérios são importantes para a percepção do aluno da qualidade da interação e interatividade na Educação a Distância (EAD). O estudo transversal objetivou analisar como ocorreu a interação em fóruns de um curso tutorado, a distância, de especialização de preceptoria em Medicina de Família e Comunidade (MFC), com análises complementares de abordagem quantitativa e qualitativa. Após estimar a qualidade da interação e interatividade do curso na percepção dos alunos, foram selecionados dois grupos e então analisados 16 fóruns utilizando princípios da análise da conversação. O número de mensagens postadas, de intervenções do tutor e de cadeias enunciativas foi associado à qualidade. Os resultados mostram que a autonomia na atuação do tutor, como propor mudanças de tópico, incide na participação e na construção de cadeias enunciativas, que contribuem para a percepção da qualidade da interação e interatividade.

Palavras-chave: Educação a distância. Relações interpessoais. Preceptoria. Medicina de família e comunidade.

Introdução

A EAD é caracterizada pelo processo de ensino-aprendizagem ocorrer em tempo e espaço diversos e de forma mediada pela tecnologia. Com o avanço das tecnologias da informação, a EAD ampliou o acesso à informação e à construção do conhecimento por meio da formação em larga escala. A educação superior a distância no Brasil dispunha, em 2004, de cerca de sessenta mil alunos matriculados e atingiu, em 2016, a marca de 1,5 milhão de matrículas, oferecendo importante colaboração para o desenvolvimento do país¹. Na área da Saúde, há o investimento em formação permanente de profissionais na modalidade EAD. Para isso, vários desenhos de cursos que vêm sendo elaborados buscam dar capilaridade aos processos formativos de forma qualificada. Em agosto de 2019, a rede da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), iniciativa de formação a distância gratuita voltada à formação de profissionais de saúde, contabilizava 2.412.406 de matrículas e contemplava todas as unidades da federação, conforme a plataforma Arouca^(d). É nessa esteira – pensar no processo de educação na saúde no contexto da EAD – que tal investigação se coloca.

Inicialmente alvo de preconceito da comunidade acadêmica, tal modalidade vem conquistando respeito com a EAD tutorada, que possibilitou a interação entre tutor e aluno e a construção do conhecimento de forma coletiva. Porém, há diferenças entre a interação em aulas presenciais e a interação em um ambiente virtual de aprendizagem. O contato direto que a aula presencial proporciona, que permite comunicação verbal e não verbal, é substituído pela interação mediada pelo computador (na maioria das vezes, com comunicações assíncronas e escritas), o que pode aumentar a sensação de distanciamento do tutor ou professor por parte do aluno. Com a crescente utilização desse modelo educacional no Brasil, é importante haver estudos sobre os fatores que interferem na qualidade dos processos em EAD e que colaborem com a compreensão dos processos interativos. Tais estudos ajudam a explicar a maneira como ocorre a aprendizagem com o apoio das tecnologias.

Na EAD, deve-se ter uma preocupação com a evolução tecnológica e com a evolução pedagógica, uma vez que a experiência nessa área já mostrou que não é somente a tecnologia que garante o sucesso de tal modalidade, mas também a pedagogia preocupada com o papel do professor, que precisa “saber como fazer” a EAD². Uma das vantagens que se tem atribuído à comunicação nesta modalidade é o aumento da interação entre professores e alunos, já que permite estender o tempo e o espaço de trabalho que normalmente se utiliza nas aulas presenciais, gerando potencialmente maiores oportunidades para a aprendizagem³. Os cursos EAD, por meio dos ambientes virtuais de aprendizagem, possibilitam a comunicação com ferramentas síncronas, tais como *chat*, além de comunicações assíncronas, tais como fóruns⁴. O fórum de discussão é uma ferramenta interativa assíncrona frequentemente utilizada nos modelos de EAD de orientação construtivista⁵, sendo que a utilidade dessa ferramenta como potencializadora da aprendizagem depende diretamente da interação aluno-tutor e aluno-aluno. Fóruns podem ser considerados cenários propícios para a construção de conhecimento de forma compartilhada, desde que, efetivamente, neles ocorram processos interativos⁶. Dessa forma, é importante a análise da qualidade de interação desses cenários, a fim de que haja condições de ofertar ambientes de aprendizagem mais adequados.

^(d) Informação da Plataforma Arouca, disponível *on-line* em uniasus.gov.br, acessada em 5 de agosto de 2019.

Além do papel do tutor, cuja importância na função de mediar o processo de aprendizagem do aluno é fundamental, o sucesso da EAD, entendida como um instrumento eficaz de aprendizagem, também está na postura do aluno, ou seja, no seu envolvimento no processo educacional. Nesse sentido, cabe ao aluno sair da posição passiva de espectador e assumir o papel principal, interagindo, colaborando e cooperando. A modalidade educacional a distância exige do aluno uma postura ativa: implica compromisso, iniciativa, autonomia e disciplina, ao mesmo tempo que exige do tutor, além do domínio do conteúdo estudado, o estabelecimento de diálogo constante com alunos e o estímulo à participação destes⁷.

O curso que é cenário do presente estudo tem em seu projeto pedagógico a premissa de esculpir um processo de ensino-aprendizagem que considera o conhecimento como construção permanente. Além disso, entende ser importante estabelecer um processo relacional em que o professor e o tutor desenvolvam estratégias que garantam a interação dos alunos de forma ativa e autônoma. Esses princípios levam a um modelo pedagógico sustentado pela teoria de aprendizagem interacionista. Em tal abordagem, a ação do sujeito é colocada no cerne do processo de aprendizagem, e professor e aluno trazem sua bagagem de conhecimento⁸.

O conceito de interação é entendido neste estudo a partir de uma perspectiva epistemológica interacionista que considera interação como relações sociais que se estabelecem a partir das comunicações dialógicas que ocorrem entre os membros de um grupo com a finalidade de promover a aprendizagem⁹. O termo “interatividade” muitas vezes é utilizado como sinônimo de interação, porém, a interatividade diferencia-se da interação por estar relacionada com os atributos da tecnologia utilizada na EAD, aparentemente emergindo de descrições da capacidade tecnológica de estabelecer conexões de ponto a ponto¹⁰. Ou seja, a interação está associada às pessoas e diretamente relacionada à atuação do tutor e do aluno, enquanto a interatividade está associada à tecnologia e aos canais de comunicação. Nesse sentido, são importantes os esforços em não reduzir a EAD à tecnologia em detrimento da interação necessária entre os participantes.

Este artigo apresenta parte de uma pesquisa realizada em um curso de especialização de preceptoría em MFC oferecido a médicos residentes dessa especialidade médica, no modelo pedagógico relacional e tutorado. Esta pesquisa teve como objetivo analisar como ocorreu a interação em fóruns de discussão na primeira oferta do curso.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem metodológica quantitativa e qualitativa, complementares para alcançar o objetivo proposto e que teve como cenário um curso de especialização na modalidade pós-graduação *lato sensu*, a distância, destinado à formação de especialistas que possam desenvolver as atividades de preceptoría qualificada de residência e graduação em Medicina na Atenção Primária à Saúde. O curso foi dividido em oito unidades de estudo, com um módulo de preceptoría em cada uma, um módulo de casos clínicos complexos e uma atividade integradora, que tem como propósito articular conteúdos da preceptoría aos de clínica da MFC. Tanto o módulo de preceptoría (o primeiro módulo de cada unidade) quanto os casos complexos dispõem de fóruns de discussão que permitem interação aluno-aluno e aluno-tutor.

Durante a última unidade de ensino da primeira oferta do curso, os 879 alunos-residentes ativos dos 28 grupos do curso foram convidados a responder um questionário que incluía o instrumento adaptado de Roblyer e Wiencke¹¹. Esse instrumento foi desenvolvido para uso em cursos a distância em que um instrutor está disponível para um grupo específico de alunos e classifica a qualidade da interação e interatividade como alta, moderada e baixa, por meio de pontuação de um a cinco em cada um de cinco elementos, gerando um escore total que varia de cinco a 25. Segundo os autores, tais elementos, essenciais para determinar a qualidade da interação nos cursos a distância, são:

- Design de interação social – diz respeito à possibilidade de interações com troca de informações pessoais não relacionadas especificamente ao conteúdo do curso.

- Design instrucional para a interação – inclui as atividades relacionadas ao conteúdo que permitem interação entre os participantes.

- Interatividade das tecnologias – diz respeito às características das tecnologias utilizadas no curso e aos tipos de interação que elas permitem.

- Evidência de engajamento do aluno.

- Evidência de engajamento do tutor.

Após a aplicação do questionário, foi feita a classificação da interação e interatividade por grupo. Depois, foram selecionados dois grupos do curso para análise de fóruns do módulo específico de preceptoria de cada uma das oito unidades de ensino. A escolha pelos grupos para a análise de fóruns se deu por aquele cujo processo interativo foi mais bem avaliado e aquele em que este foi pior avaliado, na percepção dos alunos. Para essa escolha, devido à discrepância entre o número de respondentes nos grupos, foram incluídos os que tiveram pelo menos 24% de alunos respondendo ao questionário.

A abordagem qualitativa, que utiliza princípios do método de análise da conversação, analisou as características da interação nessa ferramenta, com foco na atuação do tutor, ao buscar relacioná-las à qualidade da interação percebida por meio dos instrumentos aplicados inicialmente. Tal método, apesar de descrito e tradicionalmente utilizado para análise de conversação presencial¹², mostrou-se útil na análise de interação em ambiente virtual, no qual ocorre um tipo particular de conversação que se efetua por meio do texto escrito⁵ e que mantém a possibilidade de construção de cadeias enunciativas, foco de análise nessa metodologia de pesquisa.

Para fins deste estudo, entende-se que uma sequência ou cadeia enunciativa é uma série de turnos sucessivos que se ligam por alguma razão. Seguindo como modelo a análise realizada por Bicalho e Oliveira⁵, as mensagens de cada fórum foram organizadas em cadeias, com base nos seguintes critérios: envolvimento de, no mínimo, três interlocutores diferentes, incluindo o tutor (desconsidera-se a postagem de abertura do fórum), e coerência entre o assunto focado nas mensagens e o tópico acadêmico do fórum de discussão. Mudanças de tópico ocorrem quando o tópico chegou ao fim. Outra marcação é a quebra de tópico, que ocorre quando este foi interrompido, mas pode retornar¹². Nesta pesquisa, ambas as situações serão chamadas de “troca de tópico”.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), sob o parecer n. 2.465.993.

Resultados

Houve 204 respostas ao questionário (23% dos alunos), sendo que 15 grupos tiveram 24% ou mais de alunos respondentes. A pontuação geral atribuída ao curso foi de 14,8, resultado que estima a interação e interatividade como moderada. Entre os 28 grupos, quatro obtiveram pontuação de alta interação e interatividade e nenhum obteve pontuação de baixa interação e interatividade. O grupo mais bem avaliado, aqui denominado “X”, recebeu uma pontuação de 19,1, o que o classifica como um grupo de alta interação e interatividade. Por outro lado, o grupo pior avaliado, aqui denominado “Z”, recebeu uma pontuação de 11,8, o que o classifica como de moderada interação e interatividade. Ao total, foram analisados 16 fóruns, oito de cada grupo.

O número de mensagens postadas nos fóruns de discussão, de intervenções do tutor e de cadeias enunciativas diferiu entre os grupos “X” e “Z”, o que pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1. Total de mensagens e cadeias enunciativas nos fóruns de discussão, desconsiderando a postagem do tutor de abertura do fórum

Grupo	X	Z	Total
Todas as mensagens postadas nos oito fóruns de discussão	783	472	1255
Intervenções do tutor	256	75	331
Total de cadeias enunciativas	52	23	75
Total de mensagens nas cadeias	372	147	519

Fonte: Os autores.

Pode-se perceber que, em ambos os grupos, mais da metade das mensagens postadas nos fóruns foram realizadas no intuito de cumprir tarefa, sem relação necessária entre si, na conversação com o tutor ou colegas. Na separação desses dados por fórum, também é possível perceber que nem a distribuição das mensagens, nem a participação dos tutores são homogêneas ao longo do curso. As trocas de tópico ao longo da conversa nos fóruns ocorreram predominantemente no grupo X, tendo ocorrido apenas uma vez no grupo Z. Tais observações podem ser vistas nas tabelas 2 e 3:

**Tabela 2.** Análise dos fóruns do grupo X

Fórum	Número de postagens	Intervenções do tutor	Cadeias enunciativas	Total de mensagens nas cadeias	Trocas de tópico
1	230	71	21	189	13
2	145	62	11	71	7
3	68	25	3	19	1
4	88	39	2	12	1
5	120	47	11	62	2
6	28	1	0	0	0
7	44	1	1	5	0
8	60	10	3	14	1
Total	783	256	52	372	25

Fonte: Os autores.

Tabela 3. Análise dos fóruns do grupo Z

Fórum	Número de postagens	Intervenções do tutor	Cadeias enunciativas	Total de mensagens nas cadeias	Trocas de tópico
1	61	7	3	32	0
2	108	40	9	54	0
3	43	0	0	0	0
4	46	0	0	0	0
5	82	22	8	44	0
6	42	0	0	0	0
7	47	4	2	10	1
8	43	2	1	7	0
Total	472	75	23	147	1

Fonte: Os autores.

No grupo X, nos fóruns 3, 4 e 8, percebe-se um grande esforço do tutor tentando motivar maior participação nos fóruns ao responder às postagens dos alunos e fazer questionamentos, ainda que sem posterior retorno deles. Por exemplo, no fórum 4, são 14 postagens do tutor com perguntas que não foram respondidas pelos alunos. No grupo Z, há um número inferior de questionamentos aos alunos em relação ao grupo X. Nesse grupo, apesar da falta de resposta do aluno ao tutor em vários momentos, no fórum 4 fica evidente que, apesar da ausência do tutor, houve evidência de engajamento dos alunos, que fizeram 46 postagens ao total, com interações exclusivamente entre os alunos. Também no grupo Z, no fórum 1, apesar de poucas cadeias identificadas com a participação do tutor, houve pelo menos três interações, cada uma delas entre pelo menos três alunos, porém, sem participação do tutor. Por isso, tais dados não foram contabilizados como cadeia enunciativa para fins deste estudo.

As trocas de tópico realizadas no grupo X, em sua maioria, foram motivadas pelo tutor, com assuntos pertinentes à discussão, sempre retornando ao tópico principal e tentando achar correlações entre os assuntos propostos e a pergunta norteadora do fórum. De forma contrária, no grupo Z houve apenas um fórum em que ocorreu uma mudança de tópico, fato motivado por um aluno.

Um exemplo dessa postura do tutor pode ser visto no fórum 1 do grupo X, que teve o maior número de trocas de tópico e de cadeias enunciativas entre todos os analisados. Nesse fórum, o tutor participa ativamente, ao criar postagens elaboradas, com conteúdo técnico, mas também afetivo, como o exemplo:

[Nome do aluno] e demais, isso de ficar repetindo que concordou não é muito saudável para todos, pois vai encher a gente de postagem inútil aqui [...]. Creio que seja a vontade de todos nós de termos um debate enriquecedor [...]. Mas, aproveitando a deixa, concordo quando falas que nosso trabalho é nossa vitrine sempre [...]. (Tutor)

O tutor frequentemente inicia sua participação comentando a postagem do aluno e depois coloca a sua contribuição. Ao longo do fórum, há 13 trocas de tópico. Inicialmente, o tutor questiona sobre um sistema de saúde baseado na Atenção Primária em Saúde (APS) e em qual rumo está o país. Após o assunto se desenvolver e ao responder a uma aluna, o tutor estabelece uma relação entre longitudinalidade na APS, melhoria do atendimento e maior confiança por parte do paciente. A partir daí, relaciona a longitudinalidade a uma questão que a aluna levantou sobre renovação de receitas na Unidade de Saúde, ao mesmo tempo que questiona como tal processo pode ser melhorado. Isso gera nova participação de colegas que já haviam respondido à pergunta norteadora do fórum, na tentativa de colaborar com a solução de um problema dentro do tópico principal – a APS como base do sistema de saúde. Após outras postagens, o tutor acaba refletindo sobre quando a atuação do médico de família na APS é custo-efetiva. Dessa forma, vários outros tópicos vão sendo discutidos no fórum, até que, por fim, o tutor propõe questões sobre características de um médico de família ideal, como estimular tais características nos alunos e como fazer isso em uma especialização virtual. Ou seja, culmina em uma relação com a especialização em preceptoria que não parecia prevista no início do fórum, o que não ocorre no outro grupo.

É possível verificar um critério de análise que aproxima ambos os grupos que diz respeito à diminuição de interação no desenvolvimento do curso, com duração de 22 meses. No grupo X, percebe-se menor participação e interação com o passar do curso, sendo que o fórum 6 foi aberto com atraso e, apesar do baixo número de postagens (28) e de não possuir cadeias enunciativas com a participação do tutor, apresenta quatro diálogos exclusivamente entre alunos. Tal interação mostrou uma postura de autonomia do aluno na discussão do tópico.

O fato de o tutor se dirigir nominalmente aos alunos durante a discussão pode ser percebido predominantemente nos fóruns do grupo X. No grupo Z, o tutor em geral não se dirige nominalmente aos alunos, o que torna o fórum confuso em vários momentos, sendo por vezes difícil perceber os turnos de fala de cada um nas cadeias enunciativas.

Na análise dos tópicos discutidos nos fóruns, percebe-se que, no fórum 5 do grupo Z (sobre prevenção quaternária), o tutor participou mais que em outros fóruns, porém, fez poucos questionamentos. Depreende-se, ainda, a segunda maior participação geral (82 postagens) e o segundo maior número de cadeias enunciativas do grupo. No fim desse fórum, o grupo consegue correlacionar vários conceitos da especialidade Medicina de Família e Comunidade com a prevenção quaternária. O interesse pelo assunto também parece estar evidenciado no mesmo fórum do grupo X, que teve 120 postagens.

Ainda sobre os tópicos discutidos, na abertura do fórum 2 do grupo Z, o tutor muda parcialmente o tópico proposto pelo curso ao focar a pergunta no método de registro de consulta. Ao longo do fórum, sua participação demonstra seu interesse no assunto. Dessa forma, esse se tornou o fórum com o maior número de postagens desse grupo (108), a maior participação do tutor (40 intervenções) e o maior número de cadeias (nove). Da mesma forma, na abertura do primeiro fórum do grupo X, já descrito anteriormente, houve mudança na pergunta norteadora, fomentando uma discussão que, conforme foi avançando, relacionou o assunto inicial com o módulo da unidade de ensino vigente. Isso ocorreu devido à forma como o tutor guiou o fórum. No fim, esse fórum foi, entre todos, o que teve maior participação, tanto dos alunos quanto do tutor.

Discussão

A perceptível diferença entre os grupos na quantidade de mensagens postadas e na participação do tutor, além do número de cadeias enunciativas com a participação do tutor, mostra que a percepção da qualidade da interação e interatividade do curso como um todo passa obrigatoriamente pela qualidade da interação aluno-tutor nos fóruns. Segundo Swan¹³, os cursos mais bem-sucedidos são os que a interação aluno-tutor é tanto frequente quanto produtiva. Além disso, o autor ressalta a importância da interação social e entre os próprios estudantes para o sucesso de tais cursos, uma vez que parece ser esse um dos fatores mais importantes nos cursos *on-line*. Já segundo Roblyer e Wiencke¹⁴, a percepção dos alunos sobre a interação não parece se correlacionar com número de mensagens ou tempo gasto na interação. Diversamente, a percepção parece ser influenciada pela qualidade e utilidade de tal interação¹⁴.

A atitude do tutor de se dirigir nominalmente aos alunos durante a discussão, mais frequente no grupo com melhor avaliação, é um fator motivador, dado que torna a conversa mais pessoal e demonstra interesse na fala do aluno. Um ambiente virtual de aprendizagem em que há trocas amigáveis e abertas entre estudantes e tutor é provavelmente mais produtivo do ponto de vista educacional do que um ambiente em que as trocas são formais e limitadas. Também nesse sentido, no estudo de Abovsky *et al.*¹⁵, foi observado que a capacidade empática dos tutores influi positivamente na percepção dos alunos nos fóruns e que sua ausência influi de modo negativo¹⁵. A menor participação tanto do tutor quanto dos alunos com o passar do tempo, em ambos os grupos, possivelmente se deve à extensão do curso, que durou ao todo 22 meses. Apesar disso, a percepção da interação por parte dos alunos no grupo X permaneceu boa, provavelmente pela postura de parceria com o aluno que o tutor assumiu ao longo de todo o curso, mesmo quando sua participação diminuiu.

Ainda sobre a forma como o tutor se dirige aos alunos e com eles se comunica, alguns autores levantam a questão da importância da afetividade no ambiente virtual e como ela deve ser incorporada como atitude do tutor. Segundo Vieira e Abreu⁴, o tutor precisa desenvolver a criação de um ambiente amigável, a fim de facilitar o processo de ensino e aprendizagem. Para isso, ele deve agir com o objetivo de construir um relacionamento afetivo, estimular a participação do aluno, ter uma comunicação cordial, destacar o crescimento individual e grupal, entre outros. Para Daudt e Behar¹⁶, para além do conhecimento do conteúdo ou da tecnologia, a capacidade de estabelecer uma comunicação afetiva com os estudantes é um elemento que se destaca sobre o perfil desejado para professores e tutores.

Os questionamentos não respondidos ao longo das discussões são uma evidência de falta de engajamento do aluno em contraste com o engajamento do tutor ao tentar motivar a participação e troca de experiências. Porém, quando é observado o grupo interagindo na ausência do tutor, essa participação provavelmente potencializa o aprendizado e mostra interesse do grupo em participar e interagir independentemente de um mediador. A postura ativa e autônoma esperada do aluno em EAD tanto é possível quanto pode ser encorajada. Nesse sentido, Tello¹⁷ sugere que, quando a frequência da interação aluno-tutor aumenta em um curso, a frequência da interação aluno-aluno também aumenta. Os tutores dividem com os alunos a responsabilidade de promover a aprendizagem interativa, sendo que os tutores podem criar um ambiente que conduz a uma alta interação e autonomia do aluno¹¹.

A iniciativa de propor novos rumos para a discussão, ao mudar o tópico ao longo da conversa, desde que coerente com o assunto principal do fórum, motiva a participação, o que pode ser visto pela quantidade de cadeias nos fóruns em que houve mais mudanças ao longo da discussão e pela percepção de melhor qualidade da interação e interatividade no grupo em que houve tais trocas. A abertura do fórum com um tópico diferente do sugerido no curso e alguns assuntos específicos também parecem gerar por si só maior participação e discussão. Possivelmente, isso se deve ao interesse pessoal tanto do tutor quanto dos alunos pelo assunto do fórum, como se viu nos fóruns sobre prevenção quaternária ou naqueles em que o tutor escolheu um tópico de abertura diferente do original do curso.

Em se tratando da educação de adultos, a motivação para adquirir novos conhecimentos está fortemente vinculada ao suprimento dos seus interesses e necessidades⁴, ou seja, a aquisição do conhecimento tem uma utilidade prática, assim como pode ser influenciada pela necessidade e pelo interesse pessoal. No curso que foi base para este estudo, quem exerce a tutoria é um médico, especialista na área e com experiência em preceptoria. Nesse sentido, é importante que o tutor domine os assuntos de maior interesse da especialidade e tenha boa percepção dos interesses do seu próprio grupo.

O tutor, para cumprir seu papel de mediação pedagógica, deve manter um diálogo constante com os alunos e estimular a interação social. No entanto, para além disso, os achados deste estudo sugerem que, ao estimular a autonomia do tutor e permitir que ele defina os tópicos que serão discutidos juntamente com o grupo sob sua responsabilidade, o tutor estará agindo em conjunto com os professores conteudistas, o que amplia sua função de docente e colabora com a qualidade do curso em EAD. Autores defendem que a nomenclatura correta seja “professor-tutor”^{4,18}, uma vez que o tutor a distância é também considerado um docente e está cada vez mais envolvido com o processo de ensino: é um facilitador da aprendizagem e avaliador de competências, e não um mero distribuidor de conteúdo¹⁹.

De forma geral, percebe-se também em ambos os grupos o potencial do fórum como forma de problematizar o dia a dia dos residentes. O tutor tem claramente oportunidades de ajudar na formação dos residentes da MFC e acrescentar discussões que nem todos os programas de residência conseguem levantar.

Como limitação deste estudo, vale ressaltar que o instrumento utilizado para escolha dos grupos para análise, adaptado do original em inglês, ainda não teve sua versão em português validada. A taxa de resposta também pode ser considerada uma possível limitação. No entanto, é importante ressaltar que este foi um curso de abrangência nacional, com grande quantidade de alunos, e houve respondentes em todos os grupos do curso. Como os dois grupos que foram comparados tinham avaliações bastante diferentes entre si (com escores de qualidade de interação e interatividade alta e moderada), os resultados se mantêm úteis para a prática em EAD.

Conclusão

A percepção da interação e interatividade do curso foi influenciada por características da interação aluno-tutor percebidas nos fóruns estudados, como a forma em que a discussão é guiada pelo tutor, a forma como este se dirige aos alunos e sua participação nos fóruns, cujas diferenças foram manifestas entre os grupos. Para motivar a participação dos alunos e promover a aprendizagem, o tutor deve exercer o papel de docente, com autonomia para guiar a discussão, ao criar correlações entre os assuntos da especialidade ou mesmo mudando o rumo da discussão, desde que mantenha assuntos pertinentes à questão principal do fórum.

Devido à importância da interação para o processo de aprendizagem e seu potencial motivador e problematizador, o modelo tutorado deve ser incentivado nos cursos em



EAD na área da MFC. Da mesma forma, maior atenção deve ser dada à formação do tutor, tanto na formação acadêmica de sua especialidade quanto em sua formação pedagógica como docente em EAD.

Mais estudos são necessários para melhor compreensão da interação nos fóruns e do processo interativo como um todo nos cursos na modalidade a distância ao se considerar também a importância de apresentar dados complementares quantitativos e qualitativos, o que aumenta a relevância dos achados. Outrossim, é importante que se pesquise sobre fatores que influenciam no processo interativo, especialmente em sua relação com outros aspectos não estudados na pesquisa que originou este artigo, como seu impacto na evasão.

Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).





Referências

1. Bielschowsky CE. Qualidade na educação superior a distância no Brasil: onde estamos, para onde vamos? *EaD Foco*. 2018; 8(1):e709.
2. Tarouco LMR, Moro ELS, Estabel LB. O professor e os alunos como protagonistas na educação aberta e a distância mediada por computador. *Educ Rev*. 2003; (21):29-44.
3. García Cabrero B, Márquez L, Bustos A, Miranda GA, Espindola S. Análisis de los patrones de interacción y construcción del conocimiento en ambientes de aprendizaje en línea: una estrategia metodológica. *REDIE Rev Electronica Investig Educ*. 2008; 10(1):1-19.
4. Vieira CMS, Abreu RMA. Educação a distância: uma reflexão sobre a relação professor-tutor e estudante no processo de ensino e aprendizagem. *Intersaberes*. 2016; 11(23):284-303.
5. Bicalho RNM, Oliveira MCSL. The dialogic process of knowledge construction in discussion forums. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(41):469-83.
6. Faria MGA, Acioli S, Taborda M, Gallasch CH. Aspectos contemporâneos da construção compartilhada do conhecimento: uma perspectiva virtual. *REME Rev Min Enferm*. 2018; 22:e-1089.
7. Konrath MLP, Tarouco LM, Behar PA. Competências: desafios para alunos, tutores e professores em EaD. *RENOTE Rev Novas Tecnol Educ*. 2009; 7(1):1-10.
8. Neves R, Damiani MF. Vygotsky e as teorias da aprendizagem. *UNIrevista*. 2006; 1(2):1-10.
9. Batista EM, Gobara ST. Interação na pedagogia a distância de uma instituição pública brasileira. *Interacções*. 2015; 37:124-149.
10. Wagner ED. Interactivity: from agents to outcomes. *New Dir Teach Learn*. 1997; (71):19-26.
11. Roblyer MD, Wiencke WR. Design and use of a rubric to assess and encourage interactive qualities in distance courses. *Am J Distance Educ*. 2003; 17(2):77-98.
12. Marcuschi LA. Análise da conversação. São Paulo: Ática; 2003.
13. Swan K. Virtual interaction: design factors affecting student satisfaction and perceived learning in asynchronous online courses. *Am J Distance Educ*. 2001; 22(2):306-31.
14. Roblyer MD, Wiencke WR. Exploring the interaction equation: validating a rubric to assess and encourage interaction in distance courses. *JALN*. 2004; 8(4):25-37.
15. Abovski A, Alfaro JA, Ramírez MS. Relaciones interpersonales virtuales en los procesos de formación de investigadores en ambientes a distancia. *Sinectica*. 2012; 39:1-14.
16. Daudt SID, Behar PA. A gestão de cursos de graduação a distância e o fenômeno da evasão. *Educação*. 2013; 36(3):412-21.
17. Tello SF. Examining instructional interaction and student persistence in online education. In: Mehdi Khosrow-Pour DBA. *Managing worldwide operations & communications with information technology*. Hershey: IGI Global; 2007. p. 544-7.
18. Mattar J. Tutoria e interação em educação à distância. São Paulo: Cengage Learning; 2012.
19. Oliveira DAMR, Melo VL, Duarte ESA, Sá SPC, Andrade M, Cavalcanti ACD. Atuação do tutor no ensino superior a distância: revisão integrativa. *J Nurs UFPE*. 2014; 8(4):1029-37.



This research aims at understanding which criteria are important for the students' perception of quality of interaction and interactivity in distance education. The transversal study aimed at analyzing the interaction in discussion forums on distance learning specialization of preceptorship in Family and Community Medicine with complementary analyses of quantitative and qualitative approach. After estimating the quality of the course's interaction and interactivity in students' perception, two groups were selected, and 16 forums were analyzed based on the principles of conversation analysis. The number of posted messages, tutor interventions, and enunciation chains were associated with quality. The results show that tutor's autonomy, such as suggesting change of topic, influences participation and construction of enunciation chains that contribute to the perception of quality of interaction and interactivity.

Keywords: Distance education. Interpersonal relations. Preceptorship. Family and community medicine.

Este estudio buscó entender qué criterios son importantes para la percepción del alumno de la calidad de la interacción e interactividad en la Educación a Distancia. El estudio transversal tuvo el objetivo de analizar cómo sucedió la interacción en foros de discusión de un curso tutorado, a distancia, de especialización de preceptoría en Medicina de Familia y Comunidad, con análisis complementarios de abordaje cuantitativo y cualitativo. Después de estimar la calidad de la interacción e interactividad del curso, bajo la percepción de los alumnos, se seleccionaron dos grupos y entonces se analizaron 16 foros, utilizando principios del análisis de la conversación. El número de mensaje publicados, de intervenciones del tutor y de cadenas enunciativas se asociaron a la calidad. Los resultados muestran que la autonomía en la actuación del tutor, tal como proponer cambios de tópico, incide en la participación y en la construcción de cadenas enunciativas que contribuyen para la percepción de la calidad de la interacción e interactividad.

Palabras clave: Educación a distancia. Relaciones interpersonales. Preceptoría. Medicina de familia y comunidad.

Submetido em 25/08/19.

Aprovado em 27/06/20.

Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil

Patient safety incidents in Primary Healthcare in Manaus, AM, Brazil (abstract: p. 15)

Incidentes de seguridad del paciente en la Atención Primaria de la Salud de Manaus, AM, Brasil (resumen: p. 15)

Tatiane Lima Aguiar^(a)

<tatiane@ufam.edu.br> 

Dheyse Silva Lima^(b)

<dheyselima@gmail.com> 

Maria Alyete Bezerra Moreira^(c)

<mariaalyete@gmail.com> 

Liliane Félix dos Santos^(d)

<lilianefelix2801@gmail.com> 

João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira^(e)

<jmferreira@uea.edu.br> 

^(a) Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Rua Afonso Pena, 1053, Centro. Manaus, AM, Brasil. 69020-160.

^(b, c, d) Graduanda do curso de Medicina, Ufam. Manaus, AM, Brasil.

^(e) Disciplina de Clínica Médica, Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, AM, Brasil.

A expressão “segurança do paciente” refere-se à redução a um nível mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde. Estudos internacionais indicam uma ocorrência de dois a três incidentes de segurança do paciente por 100 consultas na APS, com frequência similar no Brasil. Realizamos um estudo descritivo para identificar incidentes de segurança do paciente na APS de Manaus, AM, Brasil, em 2018, mediante notificações voluntárias de médicos selecionados por amostragem por conveniência. As 105 notificações coletadas permitiram calcular uma incidência de três incidentes de segurança por 1.000 atendimentos no trimestre estudado. Em 82% dos incidentes, houve envolvimento do usuário. Em 39 notificações (37%), houve registro de dano, sendo 33% de dano mínimo, 17% de dano moderado e dois óbitos. Os resultados implicam no incentivo a ações de educação em saúde sobre o tema voltadas aos usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Segurança do paciente. Incidente de segurança do paciente.

Introdução

A expressão “segurança do paciente” refere-se à redução, a um nível mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde^{1,2}. Pode ser considerada uma área relativamente nova do conhecimento, afeita à esfera da gestão e da qualidade, que ganhou impulso a partir da década de 2000, após a publicação do famoso relatório “To err is human: building a safer health system”, do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA)^{2,3}.

Nesse compêndio, ressaltou-se a quantidade de danos ocasionados por erros de assistência hospitalar, somando a assustadora quantidade de quase cem mil eventos fatais por ano nos EUA^{2,3}. Contudo, por mais alarmante que esse panorama possa parecer, dados mais atuais sugerem que a dimensão do problema esteja subestimada. Segundo Makari, erros de assistência foram a terceira causa de óbitos nos EUA em 2013, contabilizando uma incidência estimada de 210.000 a quatrocentas mil mortes anuais⁴.

Com base nessas estimativas, a questão da segurança do paciente passou a ser um foco central na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS), que já reconheceu sua importância enquanto dimensão da qualidade dos serviços e como um alvo estratégico a ser trabalhado^{1,5}.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído com a publicação da portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 529, de 1º de abril de 2013, é o marco regulatório que definiu conceitos, estruturas, processos e estratégias de trabalho para garantir melhoria da segurança no cuidado prestado ao paciente em nosso meio^{1,5,6}.

Em 2014, com a publicação do documento de referência para o PNSP, elaborado conjuntamente pelo MS e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), foi definida a taxonomia a ser adotada nas ações e pesquisas relativas ao tema segurança do paciente, com base na Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS – International Patient Security Classification (IPSC), bem como foram determinadas ações prioritárias nesse campo e metas a serem atingidas^{1,5,6}.

Embora a segurança do paciente tenha se desenvolvido no âmbito hospitalar, com estudos e intervenções originados nesse cenário nas últimas duas décadas, há a percepção corrente de que a APS também pode ser um local de risco aos usuários desse ponto de assistência⁷⁻¹⁴.

A concepção arraigada de que a assistência na APS é relativamente segura por possuir baixa densidade tecnológica carece de evidências, especialmente quando se leva em consideração que cuidados longitudinais dispensados no nível primário ocorrem em lapso temporal significativamente maior quando comparados a cuidados hospitalares, usualmente pontuais^{7,15,16}. Portanto, há maior probabilidade de que o usuário possa experimentar um incidente na APS pelo simples motivo de que a maior parte do cuidado está concentrada nesse contexto^{7,15,16}.

De fato, evidências provenientes de estudos recentes parecem refutar a concepção de “APS segura”¹⁰⁻¹⁴. Dados da literatura internacional demonstram que incidentes relacionados à assistência em saúde em nível primário também são comuns (em torno

de 2 a 3 incidentes a cada 100 consultas), porém apenas 4% destes resultam em dano grave ao paciente¹². No Brasil, um estudo pioneiro estimou uma razão de 1,11% de incidentes relacionados à segurança do paciente na APS¹⁷.

Muitos dos trabalhos publicados apontam para uma prevalência maior de erros associados a processos de diagnóstico na APS. Há a estimativa de que aproximadamente 5% da população adulta dos EUA tenha experimentado um erro de diagnóstico no ambiente extra-hospitalar, sendo que em metade desses erros havia possibilidade de ocorrer dano ao usuário^{9,18,19}. Digno de nota (e motivo de grande preocupação) é o fato de que os erros diagnósticos no cuidado primário parecem estar associados a doenças comuns e/ou potencialmente fatais, como pneumonia, celulite infecciosa, insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência renal aguda e câncer primário¹⁹.

Em vista disso, o presente trabalho procurou identificar os incidentes de segurança do paciente na APS da cidade de Manaus, AM, Brasil, classificar os incidentes de segurança do paciente encontrados e descrever os eventos adversos comuns na APS na cidade.

Metodologia

Foi conduzido um estudo observacional, quantitativo, descritivo e exploratório para coletar dados referentes a incidentes de segurança do paciente na APS da cidade de Manaus, AM, Brasil, no período de setembro a novembro de 2018, em nove Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A população do estudo foi constituída por usuários atendidos por médicos nas UBS. Os profissionais foram selecionados por amostragem por conveniência (não probabilística), sendo contatos conhecidos dos pesquisadores. Para inclusão, os médicos deveriam atuar na APS da cidade por pelo menos dois anos, com regime de trabalho não inferior a vinte horas semanais, e declarar anuência em participar da pesquisa por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos profissionais que se ausentaram do trabalho durante o período do estudo por qualquer motivo e/ou pertencentes à UBS cujo gestor não autorizou a pesquisa.

Os médicos inicialmente selecionados foram requisitados a indicar outros médicos que poderiam ter interesse e disponibilidade para participar do estudo, configurando uma seleção amostral do tipo bola de neve (*snowball sampling*). O tamanho amostral foi definido pela cessação de indicações de novos participantes e pelo fator tempo, sendo estipulado o segundo mês da pesquisa (outubro) como limite para inclusão de novos sujeitos.

No primeiro contato com os participantes nas UBS, os pesquisadores forneceram explicações sobre os incidentes de segurança do paciente que deveriam ser notificados, ressaltando a importância da leitura do Informativo de Segurança do Paciente, elaborado pelos pesquisadores e fornecido para consulta. Foi utilizada nomenclatura adotada no documento de referência para o PNSP¹.

Aos participantes foi solicitado notificar qualquer incidente de segurança do paciente que presenciassem ou que tivessem conhecimento durante o período de observação. A notificação deveria ser voluntária e confidencial, tal como o fluxo



usual de um sistema de notificação de incidentes (SNI), e realizada por meio do preenchimento de um formulário específico, a ser depositado em urna lacrada disponível na UBS para coleta.

O formulário de notificação reproduziu um questionário semiestruturado denominado Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME), desenvolvido para o registro de incidentes de segurança do paciente, já traduzido e validado para o português do Brasil²⁰. Esse questionário consiste em 16 questões abertas e fechadas, que permitem ao notificador classificar e detalhar as características dos incidentes, tais como se houve envolvimento de paciente, qual o desfecho e a gravidade, e descrever os fatores contribuintes e de prevenção que julgasse pertinentes.

Para a descrição de variáveis epidemiológicas quantitativas, cálculo do percentual de incidentes de segurança do paciente e da taxa de incidência, foi utilizada análise estatística simples, com determinação de números absolutos e percentuais. O cálculo da incidência considerou todos os incidentes notificados como numerador e, como denominador, todos os atendimentos realizados na unidade por qualquer categoria profissional, por mês e por trimestre, conforme dados secundários fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e do banco de dados do e-SUS.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), sob parecer n. 2.652.466, de 14 de maio de 2018.

Resultados

Foram selecionados oito médicos no primeiro mês da pesquisa e posteriormente dois participantes por indicação, totalizando dez médicos atuantes em nove UBS. Foram notificados 105 incidentes de segurança do paciente nas UBS incluídas, que conjuntamente produziram 34.087 atendimentos no trimestre. O percentual de incidentes de segurança do paciente foi de 0,3%, equivalente a uma taxa de incidência de 3 incidentes por mil atendimentos no trimestre estudado, com variação de 2 a 3 incidentes por mil atendimentos por mês.

Das 105 notificações, 19 (18%) não foram relacionadas a usuários, porém, 86 (82%) envolveram usuários, cujas características epidemiológicas estão descritas na tabela 1.

Tabela 1. Características dos 86 pacientes envolvidos em incidentes de segurança na APS de Manaus, AM, Brasil, nos meses de setembro, outubro e novembro de 2018

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	58 (67%)
Masculino	28 (33%)
Faixa etária	
De 0 a 11 anos	8 (10%)
De 12 a 17 anos	3 (3%)
De 18 a 59 anos	34 (39,5%)
60 anos ou mais	39 (45,5%)
Não informado	2 (2%)
Portador de doença crônica	
Sim	39 (45%)
Não	47 (55%)
Presença de vulnerabilidade social	
Sim	39 (45,4%)
Não	47 (54,6%)

Cabe destacar que, dos 39 usuários aos quais foi atribuída alguma vulnerabilidade, 35 eram idosos (90%), três eram imigrantes (um haitiano e dois venezuelanos) e um era beneficiário do programa de auxílio social Bolsa Família do Governo Federal.

As características mais importantes dos 105 incidentes notificados estão relacionadas na tabela 2.

Tabela 2. Características dos 105 incidentes de segurança do paciente na APS de Manaus, AM, Brasil, nos meses de setembro, outubro e novembro de 2018

Variável	N (%)
Gravidade dos incidentes	
Dano mínimo	35 (33%)
Não tenho como classificar	35 (33%)
Dano moderado	18 (17%)
Óbito	2 (2,5%)
Indeterminado ou não informado	2 (2,5%)
Não aplicável	13 (12%)
Local de ocorrência	
Domicílio do paciente	25 (24%)
Consultório	17 (16%)
Farmácia	6 (5,7%)
Sala de enfermagem	5 (4,8%)
Contato telefônico	2 (1,9%)
Laboratório	2 (1,9%)
Hospital	2 (1,9%)
Sala de radiografia	1 (0,9%)
Não informado	1 (0,9%)
Mais de um lugar	13 (12%)
Outros	31 (30%)
Atores envolvidos	
Paciente	22 (21%)
Profissionais da recepção	19 (18%)
Médico	17 (16%)
Mais de uma categoria	16 (15%)
Técnico de enfermagem	10 (10%)
Enfermeiro	5 (4,8%)
Reguladores	4 (3,8%)
Secretaria de Saúde	3 (2,9%)
Farmacêutico	3 (2,9%)
Técnico de laboratório	2 (1,9%)
Agente comunitário de saúde (ACS)	1 (0,9%)
Não identificado	1 (0,9%)
Outros	2 (1,9%)

Nota: Entre os locais incluídos na categoria "Outros", a recepção correspondeu a vinte ocorrências (19% do total). Não houve registro de dano permanente.

Em 39 notificações, houve registro de eventos adversos (incidentes com dano), responsáveis por 0,11% dos incidentes de segurança por atendimento no trimestre. A taxa de incidência de eventos adversos foi de 1,1 por mil atendimentos trimestrais.

Em relação aos principais atores envolvidos nos incidentes, é expressivo o número de notificações que atribuíram ao próprio paciente envolvimento na causa do incidente de segurança (21%), suplantando os profissionais responsáveis pela recepção (18%) e os próprios médicos (16%). Em concordância com esses achados, os locais de maior ocorrência de incidentes foram o domicílio do paciente (24%), consultório (16%) e recepção da UBS (19%). Digna de nota é a informação da recepção como sede de incidentes, obtida após a análise do texto livre dentro do subgrupo “outros”.

Dados referentes à frequência, recorrência e gravidade dos incidentes de segurança do paciente demonstraram um elevado percentual de recorrência, com comprometimento de outros usuários em 87% dos casos, e elevada frequência, com 62% dos incidentes ocorrendo mais de uma vez por mês, supostamente envolvendo usuários distintos.

Com base na classificação proposta por Marchon no registro brasileiro sobre segurança do paciente na APS, três pesquisadores da equipe classificaram os incidentes, por consenso ou maioria, conforme o tipo de erro envolvido na gênese do incidente¹⁷. Os resultados são descritos na tabela 3.

Tabela 3. Tipos de erros envolvidos nos 105 incidentes de segurança notificados na APS de Manaus, AM, Brasil, nos meses de setembro, outubro e novembro de 2018

Erros	N (%)
Erros no atendimento administrativo	
Relacionados a prontuário	22 (20,9%)
Relacionados a registro e agendamento	13 (12,4%)
Relacionados a insumos	12 (11,4%)
Relacionados ao sistema de regulação	07 (6,7%)
Erros na investigação de exames	0
Erros de tratamento	23 (21,9%)
Erros de comunicação	14 (13,4%)
Erros de pagamento	0
Erros na gestão de recursos humanos	4 (3,8%)
Erros na execução de uma tarefa clínica	10 (9,5%)
Erros de diagnóstico	0

Nota: Classificação proposta por Marchon¹³.

Erros administrativos foram os mais observados pelos notificadores (51,4%), particularmente os relacionados a condições envolvendo prontuários (20,9%), como falhas na identificação do prontuário, registros incompletos, perda ou extravio do arquivo físico e troca de prontuários entre usuários. Por conseguinte, os fatores para prevenção de erros mais citados foram melhoria da organização e das condições de guarda do prontuário (necessidade de aumentar o espaço físico e/ou instituição de registros eletrônicos) e maior disponibilidade de recursos humanos para manuseio e registro correto dos prontuários, descritos em 17 e em cinco formulários, respectivamente.

Dos 23 erros de tratamento, a segunda categoria mais frequente, novamente houve significativo número de notificações (18 ou 17% do total), apontando o paciente como responsável pela interrupção ou alteração do tratamento prescrito, por decisão própria. Em decorrência disso, as sugestões foram no sentido de enfatizar a necessidade do usuário e de sua família se envolverem mais ativamente no cuidado (11 sugestões) e de melhorias na qualificação dos profissionais e seus processos de trabalho (nove sugestões).

Discussão

A taxa de 0,3% de incidentes de segurança do paciente no trimestre avaliado neste trabalho, longe de ser pouco significativa, também foi semelhante à encontrada no estudo australiano que relatou uma incidência de 0,24% por paciente por ano²¹. Também encontra respaldo em revisões sistemáticas, cujos resultados indicam uma variação de 0,004 a 240 incidentes por mil atendimentos e de menos de 1 a 24 por 100 consultas^{12,21,22}.

Considerando as peculiaridades da APS da cidade de Manaus, caracterizada por baixa cobertura populacional estimada de APS e de concomitância de ações de diferentes modelos assistenciais (ou seja, sobreposição de equipes de Saúde da Família e da estratégia assistencial preexistente), é interessante comparar os incidentes de segurança do paciente aí registrados com os verificados na APS de outras localidades^{23,24}.

As características dos usuários da APS manauara parecem constituir um reflexo amostral do perfil genérico da população mais comumente atendida na APS do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, sendo análogas aos atributos de usuários descritos em estudo brasileiro prévio¹⁷. Assim, o significativo número de idosos identificado neste estudo pode ter sido determinado por fatores demográficos estabelecidos, relacionados à transição epidemiológica e sanitária da população brasileira nas últimas décadas²⁵.

Da mesma forma, o predomínio do sexo feminino nos incidentes de segurança do paciente pode ser consequência de conhecidos fatores comportamentais associados ao gênero, que determinam um padrão de utilização dos serviços de saúde por homens baseado primordialmente em “situações extremas de emergência e/ou em nível especializado ou de urgência”²⁶ (p. 430).

A detecção de três imigrantes como vulneráveis é um alerta para se considerar outras causas emergentes de vulnerabilidade, como as condições de saúde de imigrantes ou refugiados, além de indicar a utilização dos serviços de saúde por esse grupo em um grande centro urbano brasileiro. Essa informação levanta considerações sobre fatores específicos para o envolvimento dos imigrantes em incidentes de segurança do paciente e sobre, possivelmente, a barreira da linguagem²⁷.

Uma constatação alarmante são os percentuais de 70,5% de incidentes que atingiram o usuário e de 37% de dano, incluindo dois óbitos (1,9%). Há semelhança com os desfechos de uma metanálise sobre segurança do paciente na APS, que registrou 4% de dano grave (morte ou incapacidade permanente)¹². Apesar da baixa gravidade (66% de dano mínimo ou não classificável), a repetição e recorrência dos erros sugerem falhas sistêmicas na assistência que, ao longo do tempo, podem predispor danos mais graves, inclusive óbito.

Ainda que não tenha sido possível estabelecer nexos causais entre a falha de assistência na APS e os dois óbitos notificados, esses registros demandam atenção quanto à definição de eventos notificáveis graves característicos da APS. Conhecidos como “*never events*”, esses incidentes constituem falhas assistenciais que não devem ocorrer em hipótese alguma, como óbito e dano grave decorrente de erro de medicação. Por serem prontamente identificados por profissionais e usuários, servem como alertas para falhas grosseiras no cuidado e, conseqüentemente, como gatilhos para o desencadeamento de ações imediatas de gerenciamento de risco²⁸.

Dada sua importância, torna-se oportuna e urgente a definição de eventos notificáveis graves relevantes para a organização do cuidado no contexto da ESF brasileira. A perda de seguimento injustificada e o acolhimento inadequado da demanda espontânea, por exemplo, são falhas que podem ser consideradas *never events* típicos da APS brasileira baseada na ESF, quando resultarem em dano grave ou óbito do paciente. É válido salientar que a caracterização dessas falhas como *never events* exige investigação detalhada com busca ativa de informações, a fim de confirmar a causalidade entre sua ocorrência e desfechos graves.

Outro dado instigante foi a identificação dos próprios usuários como protagonistas dos incidentes em 21% das notificações, superando a participação dos profissionais responsáveis pela recepção e médicos. Essa informação diverge da literatura consultada, que destaca como regra o envolvimento de profissionais de saúde, ainda que o envolvimento de pacientes na APS seja, em geral, mais frequente quando comparado às notificações hospitalares^{12-14,17-19}.

No entanto, essa suposta tendência ao protagonismo do usuário na gênese dos incidentes de segurança do paciente, sugerida pelas notificações, deve ser interpretada com extrema cautela. É possível que outros fatores contribuintes, associados à comunicação entre os atores envolvidos na assistência, na regulação e no acolhimento, não tenham sido reportados por limitações do instrumento de coleta ou por viés de seleção dos notificadores. De toda forma, é válido confrontar esse dado com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que, sob o princípio de expansão da autonomia, determina que o usuário deve ser encorajado a participar ativamente dos cuidados de saúde na APS²⁹.

Frente à possibilidade do envolvimento do usuário em incidentes de segurança do paciente, torna-se mandatório que o estímulo à autonomia esteja associado a ações que incentivem, concomitantemente, seu engajamento esclarecido no próprio cuidado. Com esse intuito, iniciativas de educação em saúde, combinadas com ambiência adequada, acolhimento com escuta qualificada e clínica ampliada, recomendadas na Política Nacional de Humanização (PNH), podem ser utilizadas^{29,30}.

O estímulo à “autonomia empoderada” ganha ainda mais relevância com a observação de que os incidentes de segurança do paciente ocorreram com maior frequência no domicílio do usuário.

A elevada ocorrência de incidentes domiciliares gera considerações sobre fatores predisponentes a sua gênese. É provável que a hegemonia do cenário domiciliar tenha relação com o maior protagonismo do usuário na condução do cuidado na APS e com a presença de vulnerabilidade. Outras possibilidades são habilidade de comunicação deficiente do profissional de saúde; baixa integração entre os níveis de assistência; dificuldades no sistema de regulação; e falhas de acolhimento e no seguimento domiciliar.

Considerando ainda o “paradoxo da autonomia do usuário” demonstrado nesta pesquisa, é oportuno destacar que ações já implantadas na APS brasileira baseada na ESF apresentam pontos comuns com recomendações de especialistas a usuários do sistema de saúde, a fim de que estes possam contribuir com sua própria segurança no hospital^{25,28}.

Alguns dos procedimentos recomendados referem-se a manter um “relacionamento amigável com enfermeiros e outros profissionais do hospital”, solicitar que os prestadores “chamem por seu nome pelo menos uma vez a cada turno” e “questionar o profissional sobre a medicação que esteja sendo oferecida e sua finalidade, antes de que seja administrada”²² (p. 458). Essas atitudes podem ser fortalecidas no acolhimento com escuta qualificada e criação de vínculo entre a equipe de Saúde da Família e a população assistida^{29,30}.

Em segundo plano, entraves nos processos de trabalho com prontuários foram fácil e prontamente identificados pelos notificadores, que eram médicos e, portanto, utilizadores habituais desses arquivos. Conjectura-se que tais erros possam afetar a continuidade do cuidado de um ou mesmo de múltiplos usuários, em se tratando de prontuário familiar, arranjo de prontuário mais recomendável para a APS³¹. Por outro lado, é possível que ações elementares voltadas à organização dos prontuários possam ter efeito marcante na redução dos erros de manuseio, como armazenamento em local restrito e apropriado e normas para coibir a retirada desses documentos da UBS.

Comentários dos notificadores sobre a instituição do prontuário eletrônico do paciente na APS sinalizam uma estratégia que, de fato, pode impactar de maneira positiva a gestão do cuidado ao otimizar tanto os processos internos de trabalho quanto uma melhor integração com as Redes de Atenção à Saúde (RAS)^{7,16,31,32}. Todavia, a informatização do prontuário pode, por seu turno, gerar entraves adicionais de natureza diversa, como menor tempo dispensado à interação com o usuário em prol do preenchimento dos registros eletrônicos, erros de alimentação dos dados e repetições indiscriminadas de receitas e evoluções antigas previamente armazenadas^{7,16}.

O percentual elevado de erros administrativos em geral também justifica que a recepção tenha superado o consultório como ambiente de surgimento de incidentes. Afora o provável viés de detecção, essa informação é pertinente, visto que a recepção da UBS pode ser considerada um ponto de cuidado estratégico, onde ações recomendadas pela PNAB são frequentemente realizadas, como triagem; acolhimento à demanda programada e espontânea; e rodas de conversas educativas. Por isso, fortalecer os

processos de trabalho desenvolvidos na recepção é essencial não apenas para o incremento de indicadores relacionados à dimensão da qualidade e gestão do cuidado, mas também como uma questão de promoção da segurança do paciente^{16,29,30}.

A segunda categoria de erros mais notificada foi a de “erros de tratamento” e vinte de 23 notificações apontaram para equívocos na tomada, na continuidade ou no abandono do uso de medicamentos. Fatores implicados variaram desde recusa do paciente a usar o medicamento por negação da doença, passando por duplicidade de receitas prescritas para um mesmo agravo, interrupção por conta própria ou por dificuldade de seguimento, e mudanças de dose, posologia, modo de uso, e inclusive de medicamento prescrito, por iniciativa do próprio usuário ou por inadvertência do profissional de saúde.

O achado de receitas duplicadas e com origens distintas (ou seja, prescritas na UBS e em outro ponto de cuidado) em uso regular e simultâneo pode assinalar que em situações em que o usuário recebe cuidado em vários níveis (ou seja, mais cuidado), a qualidade da comunicação entre a APS e a atenção secundária ou terciária pode ser um fator desencadeante desses erros¹⁰.

Em metade dos relatos de erros relativos a uso de medicamentos houve menção sobre “maior envolvimento do usuário e seus familiares com o tratamento oferecido” como um possível fator de prevenção, sugerindo que os médicos notificadores consideraram importante e apoiam a promoção da responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde e usuários, outra ação preconizada na PNH³⁰.

Entre as ações destinadas à mitigação de erros de tratamento que envolvam medicamentos na APS, encontram-se estratégias elaboradas especificamente para esse nível de cuidado ou adaptadas a partir de ferramentas e processos desenhados para a redução de erros de medicamento em nível hospitalar⁷.

No primeiro grupo, destaca-se o autocuidado apoiado, uma iniciativa efetiva para o manejo de situações crônicas que implica em “fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde”²⁵ (p. 151).

Paralelamente à responsabilização compartilhada com os profissionais de saúde, a participação efetiva do paciente na promoção de sua segurança deve incluir atores pertencentes a suas redes de apoio social^{25,30}.

As redes de apoio social constituem, *per se*, outra abordagem própria da APS que pode ser utilizada para a melhoria da qualidade da assistência e da segurança. Essa estratégia é útil para mitigar agravos que exijam uma linha de cuidado sustentada em acompanhamento longitudinal e vigilância constante, como aqueles relacionados à saúde mental e à adição a drogas ilícitas, situações de saúde corriqueiras na APS que podem ensejar incidentes específicos de segurança do paciente^{25,33,34}.

Das estratégias importadas de outros níveis de atenção, a conciliação medicamentosa é uma ação factível para o incremento da segurança do paciente na APS, com efetividade comprovada por revisão sistemática com metanálise³⁵. O objetivo é verificar e ajustar eventuais discrepâncias encontradas na prescrição e/ou utilização dos medicamentos, comuns nas transições de cuidado^{35,36}.



Assim, repensar iniciativas já existentes para a melhoria do cuidado sob a ótica da segurança do paciente, adaptá-las para essa finalidade e incentivá-las ativamente pode ser uma solução imediata e acessível para o enfrentamento dos incidentes de segurança do paciente mais comuns na APS, considerando a autonomia do usuário.

Considerações finais

O presente trabalho, de natureza exploratória, elucidou um panorama até então desconhecido da segurança do paciente na APS de Manaus, AM, Brasil, que poderá contribuir para discussão e tomada de decisão sobre o manejo de erros de assistência e do gerenciamento de risco nos cuidados primários locais.

O envolvimento do paciente na gênese dos incidentes de segurança, sugerido pelas notificações, com as devidas considerações sobre as limitações do estudo por possível viés de aferição, aponta para a necessidade de engajamento dos usuários em uma cultura de segurança do paciente.

Para os pesquisadores, é inequívoco que na APS, assim como o cuidado é centrado no paciente e nas famílias, a segurança do paciente deve ter primordialmente o usuário como eixo para formulação de protocolos de mitigação de eventos adversos, bem como para a prevenção de incidentes de segurança em geral.

Contribuição dos autores

Tatiane Lima Aguiar e João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira participaram ativamente de todas etapas de elaboração do manuscrito. Dheyse Silva Lima, Liliane Félix dos Santos e Maria Alyete Bezerra Moreira participaram da discussão dos resultados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
2. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2a ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
4. Makari MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353:i2139.
5. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Genebra: WHO; 2009. (Version 1.1. Final Technical Report).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1 de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 2 Abr 2013.
7. Vincent C, Amalberti R. Estratégias de segurança na atenção primária. In: Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: PROQUALIS, ICICT/Fiocruz; 2016. p. 127-41.
8. World Health Organization. Multimorbidity: technical series on safer primary care. Genebra: WHO; 2016.
9. World Health Organization. Diagnostic errors: technical series on safer primary care. Genebra: WHO; 2016.
10. World Health Organization. Medication errors: technical series on safer primary care. Genebra: WHO; 2016.
11. Michel P, Brami J, Chanelière M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, et al. Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey. *PLoS ONE*. 2017; 12(2):e0165455.
12. Panesar SS, Silva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2016; 25(7):544-53.
13. Marchon SG, Mendes Junior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(9):1-21.
14. Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf*. 2017; 26:484-94.
15. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. (vol. 1).
16. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. (vol. 2).
17. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(11):1-16.
18. Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23(9):727-31.
19. Singh H, Giardina TD, Meyer AN, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(6):418-25.



20. Marchon SG, Mendes Junior WV. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(7):1395-402.
21. Makeham MA, Kidd MR, Saltman DC, Mira M, Bridges-Webb C, Cooper C, et al. The threats to Australian patient safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. *Med J Aust*. 2006; 185(2):95-8.
22. Makeham MAB, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. *Methods and measures used in Primary Care Patient Safety Research*. Geneva: WHO; 2008.
23. Silva NC, Garnelo L, Giovanella L. Extensão de cobertura ou reorganização da atenção básica? A trajetória do programa de saúde da família de Manaus-AM. *Saude Soc*. 2010; 19(3):592-604.
24. Oliveira HM, Gonçalves MJF, Pires ROM. Caracterização da estratégia saúde da família no Estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(1):35-45.
25. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
26. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(2):429-38.
27. Alves JFS, Martins MAC, Borges FT, Silveira C, Muraro AP. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso. *Cienc Saude Colet*. 2018; 24(12):4677-86.
28. National Quality Forum. *Serious Reportable Events in Healthcare - 2011 Update: a consensus report*. Washington, DC: National Quality Forum; 2011.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
31. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTS. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das redes de atenção à saúde. *Saude Debate*. 2013; 37(96):43-50.
32. Souza RS, Teichmann PV, Machado TS, Serafim DFF, Hiraka VM, Silva CH. Prontuário eletrônico do paciente: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Rev Saude Digit Tecnol Edu*. 2018; 3(1):51-68.
33. Faquinello P, Marcon SS, Waidmann MAP. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(5):849-56.
34. Santos FF, Ferla AA. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):833-44.
35. McNab D, Bowie P, Ross A, Macwalter G, Ryan M, Morrison J. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation in the community after hospital discharge. *BMJ Qual Saf*. 2018; 27:308-20.
36. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, Acurcio FA, Guibu IA, Alvares J, et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Supl 2:6s.



Patient safety means reducing the risk of unnecessary healthcare-associated damage to a minimum acceptable level. International studies show an occurrence of 2-3 patient safety incidents per 100 primary healthcare appointments, with similar frequency in Brazil. We conducted a descriptive study to identify patient safety incidents in Primary Healthcare in the Brazilian city of Manaus, state of Amazonas, in 2018, by voluntary notification of doctors selected by convenience sampling. The 105 collected notifications enabled to calculate an incidence of 3 safety incidents per 1,000 appointments in the studied quarter. In 82% of the incidents, the user was involved. In 39 notifications (37%), the damage was recorded—33% of them were minimum, 17% moderate, and 2 deaths. The results imply an incentive to actions of health education on user-related topics.

Keywords: Primary Healthcare. Patient safety. Patient safety incident.

La seguridad del paciente es la reducción a un nivel mínimo aceptable de riesgo de daño innecesario asociado al cuidado de salud. Estudios internacionales indican una ocurrencia de dos a tres incidentes de seguridad del paciente por 100 consultas en la Atención Primaria de la Salud (APS), con frecuencia similar en Brasil. Realizamos un estudio descriptivo para identificar incidentes de seguridad del paciente en la APS de Manaus, Estado de Amazonas, en 2018, mediante notificaciones voluntarias de médicos seleccionados por muestreo por conveniencia. Las 105 notificaciones colectadas permitieron calcular una incidencia de tres incidentes de seguridad por 1000 atenciones en el trimestre estudiado. En el 82% de los incidentes hubo involucramiento del usuario. En 39 notificaciones (37%) hubo registro de daño, siendo el 33% de daño mínimo, el 17% de daño moderado y dos fallecimientos. Los resultados implican en el incentivo a acciones de educación en salud sobre la cuestión, enfocadas en los usuarios.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud. Seguridad del paciente. Incidente de seguridad del paciente.

Submetido em 07/09/19.
Aprovado em 04/07/20.

Perspectivas profissionais e motivações de estudantes de Medicina para atuação na Estratégia Saúde da Família

Professional perspectives and motivations of Medicine students to work with Family Health Strategy (abstract: p. 17)

Perspectivas profesionales y motivaciones de estudiantes de Medicina para actuación en la Estrategia Salud de la Familia (resumen: p. 17)

Maisse Fernandes de Oliveira Rotta^(a)

<maissef@anhanguera.com> 

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento^(b)

<debora.dupas@fiocruz.br> 

^(a) Curso de Medicina, Universidade Anhanguera. Avenida Ceará, 333, Vila Miguel Couto. Campo Grande, MS, Brasil. 79003-010.

^(b) Coordenação de Educação. Fundação Oswaldo Cruz. Campo Grande, MS, Brasil.

Este estudo objetiva caracterizar aspectos motivacionais de futuros médicos relativos às perspectivas profissionais e atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) e as estratégias indutoras do projeto político-pedagógico (PPP) dos cursos. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, com 31 estudantes de Medicina de duas instituições de ensino. Os dados foram coletados a partir da análise dos PPPs e de entrevista. O material empírico foi analisado pela técnica de análise de conteúdo, à luz do referencial da Teoria da Autodeterminação. Emergiram três categorias analíticas: motivação intrínseca, motivação extrínseca e desmotivação. Os resultados demonstraram a ESF como oportunidade de trabalho temporário, com ideologia que cativa os acadêmicos, mas a ação das forças motivadoras extrínsecas resulta na não escolha da área para carreira. É fundamental explorar, nos estudantes, o potencial motivacional intrínseco, desenvolvendo estratégias para romper barreiras que limitam a escolha pela ESF.

Palavras chave: Perspectivas profissionais. Trabalho. Medicina. Atenção Básica. Educação.

Introdução

Quanto maior a orientação de um sistema de saúde para a Atenção Primária, melhores são resultados e menores os gastos dispendidos pelo governo¹.

A ESF tem o ideário de consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da reorganização do modelo de atenção², mas sua implementação ainda enfrenta dificuldades, destacando-se o componente profissional³⁻⁵.

A carência e permanência de profissionais médicos para o trabalho na ESF ainda se constituem em um problema evidente no país, mesmo 18 anos após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, que constituíram um importante marco para a educação médica, pois, a partir de estas, preconizou-se uma formação generalista e humanista, com foco especial na integração ensino-serviço-comunidade, visando à graduação de médicos com perfil para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶⁻⁸.

A necessidade de formar médicos para atuar nesse contexto é premente. No entanto, diversos fatores podem contribuir para a baixa inserção desse profissional, como priorização das especialidades em detrimento da saúde pública na formação acadêmica do médico, falta de reconhecimento social do profissional que atua na APS, precárias condições de trabalho, formas de vínculo empregatício, entre outros que ainda precisam ser desvelados⁴.

Não obstante essas considerações, aspectos relativos às mudanças necessárias na prática docente, nas estruturas curriculares dos cursos de Medicina e nos serviços de saúde, enquanto estímulo para uma qualificada inserção e integração ensino-serviço-comunidade, necessitam de maior aprofundamento e discussão, a fim de oportunizar as condições necessárias para futura fixação desse profissional no contexto da ESF e o estabelecimento de políticas consistentes para atrair o profissional médico⁹.

Assim, este estudo objetivou trazer à luz as perspectivas profissionais e os fatores que podem interferir na motivação e desmotivação dos acadêmicos de Medicina para o trabalho na ESF, bem como as estratégias indutoras presentes nos PPPs dos cursos de Medicina.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, realizado no período de novembro de 2017 a dezembro de 2018, em duas instituições de ensino superior (IES) – uma universidade privada e outra pública de Campo Grande, MS, Brasil, com acadêmicos cursando o primeiro e o sexto anos de graduação em Medicina, para buscar identificar a existência ou ausência de diferenças na maneira de pensar entre os estudantes iniciantes e os que estavam para finalizar a graduação. Das três IESs do município que oferecem curso de Medicina, apenas as duas escolhidas possuíam acadêmicos sextanistas.

Foram convidados a participar do estudo todos os acadêmicos do segundo e décimo primeiro semestres dos cursos supracitados, totalizando 245 estudantes. Dos 213 estudantes que se dispuseram a participar, 31 foram entrevistados – nove estudantes do segundo semestre da universidade pública, sete do 11º semestre desta IES, oito do segundo semestre da universidade privada e sete do 11º semestre da mesma instituição.

Considerou-se como ponto de saturação de coleta dos dados o momento em que nenhum novo elemento foi encontrado e, portanto, o acréscimo de novas informações não alteraria a compreensão do fenômeno estudado.

A coleta de dados deu-se, primeiramente, por meio de análise documental do PPP das instituições, a fim de identificar abordagens e estratégias indutoras para a atuação do futuro médico na ESF. Para as entrevistas, foi utilizado roteiro semiestruturado e estas foram realizadas individualmente, mediante agendamento prévio, nas dependências das IESs. As entrevistas foram gravadas e duraram em média 15 minutos. As falas foram transcritas na íntegra, para posterior análise e categorização.

O material empírico resultante das entrevistas foi submetido à técnica de análise de conteúdo, preconizada por Bardin (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – inferência e interpretação)¹⁰, à luz do referencial da Teoria da Autodeterminação de Deci e Ryan¹¹ que ressalta os componentes essenciais da motivação – motivação intrínseca e extrínseca – e os fatores que a promovem.

Os discursos dos estudantes foram identificados com a letra E; seguidos de números de 1 a 31, conforme ordem de participação; “PU”, para designar IES pública, e “PR”, para privada; e o semestre em curso, conforme exemplo a seguir: E1PR11 (estudante n. 1, privada, 11º semestre).

Todos os aspectos éticos foram respeitados, segundo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar da pesquisa de forma voluntária. A pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com Parecer n. 2424589.

Resultados e discussão

Os participantes eram adultos jovens, na faixa etária de 17 a 25 anos (77,5%), solteiros, predominantemente do sexo feminino (81,2%) e oriundos de outros municípios, principalmente interioranos (74,8%).

A partir da análise dos PPPs dos cursos e, posteriormente, das entrevistas, ficaram evidentes as estratégias indutoras e como ocorreu a inserção dos estudantes na ESF, que se mostraram além do prescrito no PPP e observáveis na realidade, ou seja, no currículo oculto¹².

Na universidade pública estudada, os acadêmicos sextanistas tiveram inserção tardia na ESF, com atividades práticas apenas no quarto ano de curso, nas disciplinas relacionadas à Saúde da Criança e Saúde da Mulher. Já os estudantes do primeiro ano do referido curso foram inseridos precocemente, mas, com apenas dois períodos de prática no semestre, na disciplina “Introdução à Saúde da Família e Comunidade”, que possui carga horária de 51 horas-aula. Na universidade privada, a inserção, desde a criação do curso, em 2000, dá-se no primeiro ano, em um módulo longitudinal, com carga horária de vinte horas-aula teóricas e quarenta horas-aula práticas por semestre. A literatura aponta que a integração ensino-serviço-comunidade proporciona ao estudante de Medicina uma formação diferenciada no SUS, privilegiando maior vivência de seus princípios¹³.

Os núcleos de sentido relativos aos aspectos motivacionais apreendidos nas entrevistas foram agrupados em três categorias analíticas: motivação intrínseca, motivação extrínseca e desmotivação.

A motivação é o processo que inicia, orienta e mantém comportamentos orientados por objetivos. Envolve forças biológicas, emocionais, sociais e cognitivas que ativam o comportamento. O atendimento das necessidades resulta em algum tipo de comportamento, podendo ser intrínseco ou extrínseco¹⁴.

Quadro 1. Síntese das categorias e núcleos de sentido referentes aos aspectos motivacionais, perspectivas profissionais e atuação na ESF

Categorias analíticas	Núcleos de sentido
Motivação intrínseca	<ul style="list-style-type: none">• Compaixão social e valores pessoais.• Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e inserção na comunidade.
Motivação extrínseca	<ul style="list-style-type: none">• Estabilidade econômica.• O trabalho na ESF como fonte de renda temporária.• Experiências positivas a partir da integração ensino-serviço.
Desmotivação	<ul style="list-style-type: none">• A hegemonia das especialidades médicas X a Medicina de Família e Comunidade.• Pressão social.• Precárias condições de trabalho e remuneração na ESF.• Desconhecimento da ESF.• Baixa qualidade de inserção na Unidade de Saúde da Família durante a graduação.

Motivação intrínseca

Nesta categoria analítica, foram reunidos núcleos de sentido relativos a compaixão social e valores pessoais; interdisciplinaridade; trabalho em equipe; e inserção na comunidade.

Comportamentos intrinsecamente motivados são aqueles em que a satisfação está associada à atividade em si, não sendo influenciados por direcionamentos psicológicos, pela obtenção de recompensas ou para se evitar eventos indesejáveis¹¹.

Aspectos motivacionais, identificados nos discursos, representavam correlação com a escolha da Medicina como curso de graduação e/ou com o trabalho na ESF.

Compaixão social e valores pessoais

Valores de compaixão social apareceram com frequência nos discursos dos entrevistados como fator motivador intrínseco relacionado à escolha da profissão e ao trabalho na ESF.

Estudos apontam que o principal motivo para escolha profissional é o desejo de ajudar, de serem úteis e necessários às pessoas^{15,16}. Esses dados corroboram a presente pesquisa, conforme demonstrado nas falas dos estudantes:

[...] eu quero ser uma ótima médica, não para ganhar dinheiro, mas para ajudar as pessoas que realmente precisam. (E5PR2)

Eu acho que o que me encanta na medicina é cuidar do próximo, pessoas [...]. (E1PR11)

A motivação de um futuro médico para trabalhar na ESF está relacionada ao humanismo, à compaixão social e ao bem coletivo, apesar da supervalorização das especialidades em detrimento da atuação no âmbito da ESF.

O que pode motivar é despertar o lado humano. Medicina não é só neuro e cardió, que o pessoal põe lá em cima, que só quem faz estas grandes residências que são inteligentes [...]. (E1PU2)

O aspecto do comprometimento social emergiu nos discursos, quando os participantes foram questionados sobre o que poderia motivar um futuro médico a escolher a Medicina de Família e Comunidade (MFC) como carreira e quando indagados sobre experiências pessoais marcantes relacionadas à ESF. Resultado semelhante foi observado no estudo de Issa¹⁷, no qual termos como “fazer a diferença” e “gratificante” foram comuns aos participantes acerca da MFC.

Apesar do altruísmo mostrar-se fortemente associado à escolha da Medicina como profissão, este não se mostra como fator suficiente para a escolha da ESF como área de atuação, mesmo tendo sido diversas vezes mencionado pelos participantes quando falaram de suas experiências na ESF.

Aquela senhora, toda a ferida que ela tinha do descaso, da desatenção, somente de ser escutada, já foi curando aquela solidão [...] a gente foi suturando ela com uma fala, com uma escuta, por se interessar pela história dela. (E2PU2)



Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e inserção na comunidade

Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e inserção na comunidade também aparecem nos discursos, sendo destacados como fatores motivadores para o trabalho na ESF.

O que pode motivar é esse contato com o próximo, como o paciente, a família; você estar inserido na comunidade [...]. (E3PU11)

A inserção do aluno na ESF na comunidade, durante a graduação, proporciona uma relação mais próxima com os pacientes, o estabelecimento de vínculos, o cuidado integral à saúde da população e a oportunidade de conhecer realmente o SUS¹⁸. Tais aspectos também puderam ser observados no presente estudo.

E para motivar, quando você vai num lugar e você vê o que uma equipe de ESF legal consegue trazer para a população; quando você vê funcionando de verdade, é muito difícil não ficar apaixonada [...]. (E6PU11)

A continuidade do atendimento em equipe na ESF apenas será garantida quando cada profissional perceber a necessidade e o valor do trabalho do outro¹⁹.

Motivação extrínseca

Nesta categoria analítica, foram reunidos os núcleos de sentido “estabilidade econômica”; “trabalho na ESF como fonte de renda temporária” e “experiências positivas a partir da integração ensino-serviço-comunidade”.

Na motivação extrínseca, as metas e preocupações são manifestadas a partir do meio externo e está mais ligada à aquisição de bens do que à necessidade básica de satisfação¹¹. Perseguições de metas extrínsecas tendem a ser associadas com pior bem-estar e baixo rendimento quando comparadas às perseguições de metas intrínsecas²⁰.

Estabilidade econômica

As preocupações financeiras dos participantes relacionam-se não somente à escolha da Medicina como profissão, mas também à decisão por especializar-se e qual especialidade médica cursar.

Pretendo, em seguida da minha formatura, fazer residência, que quero fazer G.O. [ginecologia e obstetrícia] e arranjar um emprego bom para ajudar meus pais; fazer investimentos, gerar mais dinheiro, para que eu possa alcançar todas as expectativas que eu tenho na vida. (E8PR2)

Em termos financeiros contrata [...] se eu me formo aqui agora eu não vou conseguir trabalhar na Santa Casa... para um recém-formado, uma unidade de saúde é uma opção mais viável. (E1PR11)

A estabilidade econômica, ou seja, a perspectiva de segurança financeira, é um dos principais motivadores para a escolha da Medicina por estudantes de países de renda média alta, que procuram atender suas necessidades básicas, mas são, também, atraídos por um melhor estilo de vida e renda. A segurança em todas as frentes é um forte preditor para a escolha de estudar Medicina²¹.

O trabalho na ESF como fonte de renda temporária

O trabalho na ESF e em outros contextos como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) fazem parte do planejamento a curto-prazo (pós-formatura) dos acadêmicos, devido à necessidade de obtenção imediata de renda. Esse cenário também influenciou a tomada de decisão em relação ao ingresso imediato ou não em residências médicas.

Antes de fazer residência, eu trabalharia uns dois anos para juntar dinheiro [...]. (E2PU2)

Compatível com o presente estudo, pesquisa sobre a percepção dos estudantes sobre a ESF como cenário de prática destaca o reconhecimento, por parte dos participantes, de que as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) eram prováveis cenários de trabalho após a conclusão do curso, mesmo para aqueles que não demonstraram interesse em atuar na APS¹⁸.

Portanto, para muitos médicos recém-formados, a ESF é vista, principalmente, como uma possibilidade de início da vida profissional²². Entretanto, a oferta de remuneração acima da média, praticada por alguns municípios brasileiros, pode determinar a adesão à ESF, mas não assegura a fixação do profissional²³. Apesar de vislumbrarem na ESF uma oportunidade de trabalho, o objetivo principal dos estudantes continua sendo a especialização²⁴, conforme demonstra o discurso:

Quero me formar e logo trabalhar, eu preciso trabalhar; aí cai no esquema básico que é UBSF, UBS e plantão no UPA mesmo, a curto prazo [...] e depois quero fazer residência em Pediatria. (E7PU11)

Experiências positivas a partir da integração ensino-serviço-comunidade

Experiências médicas positivas, a partir da integração ensino-serviço, foram, com frequência, descritas como marcantes e de grande importância para a formação pessoal e acadêmica dos participantes:

[...] como a maioria da população, eu tinha meio que um preconceito com a ESF, até por falta de conhecimento [...] Então, depois que comecei a entender, vi que é muito mais viável [...] eu acho importante para diminuir os custos, para a relação do médico com o paciente, para melhorar a saúde; quando você olha ele num todo, você vê que aquilo que está causando a doença dele não é dentro do organismo: é ao redor dele. (E4PR2)

A importância da inserção na ESF já no início da graduação foi destacada em muitos discursos. A interação ensino-serviço-comunidade foi indicada como fundamental no processo de aprendizagem, como agente de construção humanística pessoal e como fator motivador para o trabalho na ESF. A integração entre ensino, serviço e comunidade firma-se como uma experiência enriquecedora, pois possibilita o aprendizado por meio da teoria aliada à prática, procurando engajar a comunidade na intervenção do processo saúde-doença²⁵.

O primeiro contato foi no 4º ano; acho que demorou, poderia ter sido antes, mas agora o pessoal está indo no 3º ano. É uma experiência construtiva; eu pude ver mais como é a UBS: a rotina, como funciona o mecanismo num todo. Pessoalmente contribuiu com a empatia... de você ver como é a realidade das pessoas, cada um tem suas particularidades, e que o nível de complexidade da atenção básica é tão grande quanto o da terciária [...]. (E3PU11)

Pesquisa com estudantes de Medicina australianos evidenciou que estes, na escolha da especialidade médica, são fortemente afetados por fatores intrínsecos e pelo contato com o ambiente de trabalho no início de sua formação médica. Esses fatores parecem se manter apesar das diferenças nos valores culturais e sistemas de saúde de vários países para os quais existem dados sobre preferências de especialidades²⁶.

Quando questionados sobre a contribuição da introdução acadêmica na ESF durante a graduação, a importância do compromisso social aparece em muitos discursos. Nesse aspecto, a MFC é vista pelos entrevistados como altamente relevante. Porém, apesar do reconhecimento da relevância da ESF e da importância da inserção precoce do graduando na ESF, isso ainda não parece influenciar na decisão por seguir carreira na MFC.

Desmotivação

A desmotivação é caracterizada por ausência de intenção e de comportamento proativo²⁷. Nesta categoria analítica, foram reunidos os núcleos de sentido relativos à desmotivação para o trabalho na ESF: a hegemonia das especialidades médicas X a Medicina de Família e Comunidade; pressão social; precárias condições de trabalho e de remuneração na ESF; desconhecimento do processo de trabalho na ESF; e baixa qualidade de inserção na UBSF durante a graduação.

A hegemonia das especialidades médicas X a Medicina de Família e Comunidade

A preferência por outras especialidades em detrimento da Saúde da Família e Comunidade se fez evidente na grande maioria dos discursos.

[...] a curto prazo é estudar para residência e fazer plantões; a longo prazo é terminar a residência em neuro e trabalhar na minha clínica. (E3PR2)



[...] quero fazer residência de neurocirurgia [...] e depois de um tempo de formado me especializar ainda mais nesta área. (E5PU2)

Uma estudante afirmou que não pretende fazer residência e que deseja trabalhar na ESF, apesar da visão pejorativa do trabalho na APS:

[...] eu quero voltar para minha cidade, eu não quero mais ficar aqui... então não vou fazer nada...vou voltar para trabalhar no postinho. (E2PR11)

Apenas um estudante demonstrou interesse em seguir carreira na ESF, como área de residência e/ou atuação permanente e, mesmo assim, está em dúvida entre essa e outras áreas.

[...] pretendo fazer residência, mas eu não decidi em que área, estou na dúvida entre clínica médica, saúde da família, anestesiologia ou pediatria... Para todo mundo que eu falo que gostaria de fazer ESF, todo mundo fala que é uma profissão que não me daria tranquilidade, que não é valorizada e que vou acabar tendo que fazer outra coisa para complementar a renda. Inclusive conheci uma médica do posto que ela fez ESF e acabou tendo que ir para outras áreas por não se sentir valorizada, apesar de gostar da profissão [...]. (E1PU11)

Dados da demografia médica no Brasil de 2018 mostram que 62,5% dos médicos brasileiros possuem um ou mais títulos de especialista e 37,5% destes não possuem título algum. Dos médicos que possuem especialização, somente 1,4% possuem residência médica em Saúde da Família e Comunidade²⁸.

No Brasil, o trabalho na ESF não apresenta prestígio devido a muitos fatores. A percepção que muitos acadêmicos têm da MFC é de uma Medicina praticada em unidades precárias, com pouco “brilho tecnológico” e com profissionais pouco qualificados que precisam referenciar para outros níveis do sistema muitas das situações clínicas que atendem²⁹. Esse quadro, somado à oferta mais atrativa do mercado privado para especialistas do nível secundário, faz com que a MFC seja uma das últimas opções entre os estudantes³⁰, como constatado no presente estudo.

Pressão social

Influências externas, como prescrições culturais e necessidade de prestígio em relação à sociedade, foram relacionadas à escolha da área de atuação, sendo determinadas muitas vezes, por meio da pressão dos próprios pares e das preferências parentais ou familiares.

[...] essa cobrança de ser especialista é muito grande da sociedade, dos profissionais e de si. Nunca conversa te induzindo para ser generalista, é incentivado a fazer residências [...]. A sociedade cobra muito a especialização, qualquer que te pergunta quando faz medicina [...]. Não tem motivação nenhuma para quem faz medicina, trabalhar com a saúde da família. A ESF é um quebra galho [...] “não



“passei na residência, vou trabalhar na ESF” [...]. Eu já escutei da minha família: “Ah, você não pode terminar sua faculdade e voltar para trabalhar na sua cidade em um postinho...”, pois vão falar que você é uma enfermeira melhorada, entendeu? Tipo assim, eu não sou especialista, não sou nada [...]. (E2PR11)

O *status* que o título de médico confere é provavelmente a razão mais forte que leva, mesmo que de forma inconsciente, à escolha da Medicina como carreira³¹. De tal forma, esses fatores também devem estar fortemente relacionados à escolha da área de atuação dentro da Medicina por uma área de mais prestígio social.

Outro estudo com público semelhante evidenciou que todos os alunos participantes ouviram de seus preceptores comentários negativos e chacotas dos cuidados primários durante seus estágios clínicos³². Isso é bastante alarmante, considerando que foi demonstrado, neste mesmo estudo, que essas ocorrências tiveram grande influência na decisão de carreira.

Precárias condições de trabalho e de remuneração na ESF

As precárias condições de trabalho, como falta de estrutura física, insumos e material humano, foram elencados como fatores que poderiam desmotivar um futuro médico a escolher a ESF como área de atuação pós-formação.

Desmotiva a precariedade, faltam as coisas, medicamentos, instrumentos, ter um ambiente melhor, mas conheci vários ambientes e muitos médicos maravilhosos que trabalham em situação precária e mesmo assim fazem a diferença. (E3PU2)

A má remuneração, bem como a ausência, por vezes, de um vínculo empregatício proveniente de um concurso e a falta de um plano de cargos e carreiras apareceram com frequência nos discursos como fatores que poderiam desmotivar um futuro médico a escolher a ESF como área de atuação.

Muita gente leva a desmotivação, leva a questão do salário. Eu não ligo muito. Para muitas pessoas isto é um problema. (E1PU2)

[...] acho que a ausência de um plano de carreiras, desvalorização profissional... Falta uma atenção do governo em relação a este profissional. (E5PU2)

Rotatividade de profissionais, relacionada à precarização de vínculo trabalhista, e falta de um plano de cargos e carreira têm sido observadas na ESF desde sua implantação³³, o que contribui para a não fixação desses profissionais nesse cenário. Os participantes desta pesquisa também percebem tais deficiências trabalhistas dentro da ESF e apontam esse aspecto como influenciador negativo para a escolha pela MFC.



Em estudo realizado com estudantes de Medicina da Universidade Federal de Goiânia, constatou-se que a falta de recursos para garantir a resolutividade dentro da ESF é uma reclamação frequente entre os entrevistados¹⁷, o que os desmotiva a trabalhar futuramente nesse local, corroborando os achados do presente estudo.

Desconhecimento do processo de trabalho na ESF

O desconhecimento da ESF e a falta de contato e de vivência prática durante a graduação foram elencados como fatores que influenciam negativamente em relação à escolha da ESF após a formação.

Na verdade, acho que a gente tem pouquíssimas informações sobre o que é medicina de saúde da família... talvez seja necessário mudar este estigma que a gente tem da medicina da família, de que é um lugar de médico que não sabe o que quer e está lá. (E8PU2)

Muitas escolas de Medicina, em todos os lugares do mundo, continuam oferecendo treinamento médico centrado no hospital, os governos continuam pagando baixos salários aos médicos que atuam na APS e a sociedade, como um todo, continua concedendo menos prestígio aos praticantes da MFC³⁴.

No presente estudo, os participantes oriundos da universidade pública – onde a inserção na ESF ainda parece dar-se de forma insuficiente em relação ao desejável pelas Diretrizes Curriculares Nacionais – manifestaram a necessidade de uma maior aproximação com a universidade durante a graduação, para que, com esta vivência, tenham maior conhecimento da área. Talvez, a inserção precoce dos estudantes de Medicina no contexto da ESF possa potencializar as chances de uma escolha pela APS.

Baixa qualidade de inserção na UBSF durante a graduação

A baixa qualidade da inserção na ESF durante a graduação, com inserção tardia e temporalmente incompatível com o aprendizado teórico, assim como as baixas qualificação e valorização dos profissionais, aparecem nos discursos dos entrevistados como fatores relacionados à baixa motivação para a escolha da APS como área de atuação.

Entrei em 2012 e a universidade não estava totalmente organizada dentro da ESF, então meu primeiro contato com uma UBS, UBSF, foi no quarto ano, já dentro da especialidade pediatria e da ginecologia [...] não era contínuo... mas foi meio tarde, não era um estágio em si. Quando estávamos na pediatria, fazíamos estratégias relacionadas à saúde da criança só [...] e a gente sendo da universidade pública, onde não tem nenhum tipo de retorno financeiro para os preceptores do posto de saúde, é sempre um favor; às vezes a gente é tirado do posto, porque o médico saiu ou porque não quer mais. Acabou sendo super fragmentado no quarto ano [...] Meu estágio foi ótimo no sexto ano, amei. Mas existe uma super diferença entre uma unidade e outra... (E6PU11)

Estudo de revisão sobre o interesse dos alunos pela Medicina de Família traz, entre outras variáveis associadas à não escolha da MFC, a experiência em MFC com um profissional desmotivado e frustrado⁹. Assim sendo, é crucial evitar a influência motivacional negativa de tais profissionais³⁵ no processo de formação.

Conectando os achados documentais do estudo com o discurso dos participantes de ambas as IESs, as quais diferem entre si quanto à inserção na ESF desde o início da graduação e carga horária destinada à APS, percebe-se que não houve diferença significativa quanto aos fatores motivacionais intrínsecos e extrínsecos evidenciados pelos respondentes com relação ao trabalho na ESF. Existem, também, similaridades de juízos quanto aos fatores desmotivadores para a escolha da ESF.

Embora existam tais semelhanças, a despeito das diferenças na graduação entre as IESs, os estudantes da universidade pública relataram, na maioria de seus discursos, como de suma importância uma inserção mais precoce na ESF, articulando teoria e prática desde os primeiros semestres, o que contribuiria para uma visão mais abrangente do SUS e das necessidades sociais e de saúde da população.

Nenhum dos estudantes entrevistados da universidade pública demonstrou interesse em seguir carreira como médico de Família e Comunidade, e uma minúscula parcela dos alunos da universidade privada manifestou este desejo, apesar destes últimos terem sido inseridos desde o início da graduação e de forma contínua na ESF. Dessa maneira, é possível inferir que apenas a inserção oportuna na APS não garante a adesão e manutenção do médico na ESF, sendo fundamental a presença de outros fatores como preceptoria qualificada e presença de ambiente adequado para a aprendizagem, com capacidade resolutiva e políticas de valorização profissional e social do médico de Saúde da Família.

Em relação às diferenças na maneira de pensar dos estudantes iniciantes e dos que estavam para finalizar a graduação, observou-se que muitos dos participantes que cursavam o último ano, de ambas as IESs, admitiam a possibilidade de trabalhar na ESF logo após a conclusão do curso, porém, na grande maioria das vezes, apenas de forma temporária, para obter renda, até que conseguissem ingressar em residência médica em outra área. Já entre os participantes do segundo semestre de ambas as IESs, nenhum admitiu a hipótese de trabalho na ESF, nem por tempo limitado. Possivelmente, esse resultado entre os iniciantes advém da forte influência do preconceito da sociedade em relação à Medicina de Saúde da Família, pois o aluno que ingressa na faculdade, apesar de vislumbrar a importância da ESF, não admite a possibilidade de trabalhar nela. Já os sextanistas, em sua maioria, observando a alta concorrência e dificuldade de ser aprovado em outro programa de residência médica, admitem trabalhar na ESF temporariamente, como uma possibilidade de se obter renda até que consigam alcançar seu objetivo primário, que é o de especializar-se em outra área.

Muitos estudantes reportaram os preceptores, enfermeiros ou médicos de Saúde da Família como modelos positivos a serem seguidos. Mostraram admiração pelo trabalho na estratégia e apreço pelo interesse dos profissionais nos problemas dos pacientes, pela visão holística e pela capacidade de atuação em equipe.

Outros alunos relataram problemas com relação à inserção na ESF durante a graduação, como a ocorrência de posturas inadequadas de profissionais preceptores, estrutura física imprópria para o aprendizado, entre outros. Porém, parece que os alunos também visualizaram essas vivências negativas como oportunidade de aprendizado. Um preceptor médico inadequado pode servir como um contraexemplo para um bom acadêmico³⁶. Apesar dessa visão, faz-se necessário atentar ao fato de que a baixa qualidade de inserção pode configurar-se, também, como um potencial fator desmotivador para o trabalho futuro na ESF, o que reforça a necessidade de investimentos na formação docente e na estruturação do campo de prática dos acadêmicos.

Em suma, a escolha dos acadêmicos por formação especializada em outras áreas que não a ESF mostrou-se, no conjunto dos discursos, mais relacionada com prestígio, *status* social e remuneração do que com aspectos relacionados à motivação intrínseca, haja vista a valorização das especialidades médicas em detrimento da MFC.

Assim, podemos correlacionar os dados encontrados com as experiências acumuladas e com o arcabouço teórico de Alderfer³⁷, que traz em sua teoria como base da pirâmide motivacional as necessidades básicas de garantia, como emprego, renda e segurança. Satisfeitas essas necessidades, será buscado o crescimento pessoal, com a aceitação dos pares e o prestígio social.

Percebe-se nos discursos dos participantes uma percepção como um todo ideológico favorável à ESF, mas claramente pressionada pelas forças extrínsecas desmotivadoras, entre elas: más condições de trabalho e de remuneração e falta de reconhecimento. A motivação intrínseca é o fenômeno que melhor explica o potencial positivo da natureza humana¹¹. Estudos mostram que, apesar de nossas atividades e decisões serem reguladas, muitas vezes, por razões extrínsecas, a motivação intrínseca pode gerar, também, resultados com grande envolvimento³⁸.

A relevância financeira da carreira médica escolhida contrapõe-se à importância do compromisso social¹⁷. O idealismo se perde durante o curso de Medicina, daí a importância de se buscar desenvolver atividades acadêmicas com o intuito de manter o idealismo e o envolvimento social entre estudantes³⁹.

O estudo apresenta limitações, uma vez que o universo é restrito e pelo fato de a pesquisadora ser professora da universidade privada estudada, o que pode ter influenciado na adesão dos estudantes dessa instituição à pesquisa.

Considerações finais

Os resultados levam-nos a um relevante e alarmante resultado sobre a trajetória dos participantes e seus anseios, uma vez que se observa que, apesar de os fatores intrínsecos terem sido amplamente elencados como relacionados à escolha da Medicina como profissão e como fator motivador para uma possível escolha pela ESF como área de atuação, os fatores extrínsecos parecem determinar a escolha final, ou seja, especialização em outras áreas.

Propõe-se às IESs a inserção do estudante na ESF desde o início da graduação, aliando sempre a teoria à prática. No entanto, faz-se importante ressaltar que a inserção deve ser aliada a uma preceptoría capacitada, em um ambiente que promova a aquisição adequada das competências e habilidades requeridas para um futuro médico generalista. Para isso, as esferas públicas competentes necessitam prover investimentos em infraestrutura para as UBSFs, plano de cargos e salários para os profissionais das equipes. Faz-se, portanto, necessário um esforço conjunto das IESs e secretarias de saúde na gestão do sistema. Espera-se, com isso, que o médico da Família e Comunidade transforme-se em um profissional mais valorizado pessoalmente e socialmente e que, conseqüentemente, a APS ganhe a posição de prestígio e cuidado que merece ter.

Consideramos importante ampliar pesquisas semelhantes em outras escolas de Medicina, cujos resultados poderão permitir a tomada de ações e estratégias que devam ser realizadas para despertar o interesse em seguir a ESF como carreira.

Contribuição dos autores

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3):457-502.
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Santos Neto PM. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saude.* 2017; 15(1):131-45.
3. Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Feters M. Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2007; 7:31.
4. Guarda FRB, Silva RF, Tavares RAW. Perfil sócio-demográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na região metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Pan-Amazonica Saude.* 2012; 3(2):17-24.



5. Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. *Saude Debate*. 2014; 38 (Esp):358-72.
6. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de Agosto de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília (DF): MEC; 2001.
7. Puccini RF, Stella RCR. A formação profissional no contexto das diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina. São Paulo: Unifesp; 2008. p. 53-69.
8. Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Sousa MS, Ribeiro MTAM, Machado MMT, et al. Novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23 Supl 1:e170920.
9. Cavalcante Neto PG, LIRA GV, Miranda AS. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(2):198-204.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
11. Deci E, Ryan RM. Selfdetermination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000; 55(1):68-78.
12. Pinto FC, Fonseca LEG. O currículo oculto e sua importância na formação cognitiva e social do aluno. *Projecao Docencia*. 2017; 8(1):59.
13. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36(1):170-7.
14. Wouters A, Croiset G, Schripsema NR, Cohen-Schotanus J, Spaai GWG, Hulsman RL, et al. Students' approaches to medical school choice: relationship with students' characteristics and motivation. *Med Teach*. 2011; 33(5):242-62.
15. Mascaretti LAS. Perfil do aluno da Faculdade de Medicina de São Paulo. *Rev Bras Educ Med*. 2002; 26 Supl 2:55.
16. Moreira SNT. Processo de significação de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(2):14-9.
17. Issa AHTM. *Percepções discentes sobre a estratégia saúde da família e a escolha pela especialidade de medicina de família e comunidade [dissertação]*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2013.
18. Massote WA, Belisário AS, Gontijo ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 3(4):445-53
19. Santos RR, Lima EFA, Freitas PSS, Galavote HS, Rocha EMS, Lima RCD. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Pesqui Saude*. 2016; 18(1):130-9.
20. Kasser T, Ryan RM. Further examining the american dream: differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Pers Soc Psychol Bull*. 2014; 22(1):280-7.
21. Angeli F, Dhirar N, Singla N, Ruwaard D. What motivates medical students to select medical studies: a systematic literature review. *BMC Med Educ*. 2018; 18(1):1-16.
22. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(3):393-403.



23. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(2):341-60.
24. Sisson CM. Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(1):92-103.
25. Brandão ERM, Rocha SV, Sylvia SS. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: reorientando a formação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(4):573-7.
26. Harris MG, Gavel PH, Young JR. Factors influencing the choice of specialty of Australian medical graduates. *Med J Aust*. 2005; 183(6):295-300.
27. Guimarães SER, Bzuneck JA. Propriedades psicométricas de um instrumento para avaliação da motivação de universitários. *Cienc Cogn*. 2008; 13(1):101-13.
28. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil, 2018 [Internet]. São Paulo; 2018 [citado 28 Abr 2019]. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278>
29. Casajuana J, Gervas J. Introducción: la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. El ímpetu innovador contra la rutina y la “cultura de la queja”. In: Casajuan J, Gervas J, organizadores. *La renovación de la Atención Primaria desde la Consulta*. Colección Economía de la salud y gestión sanitaria. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 1-6.
30. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP. Implantação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(5):1471-80.
31. Ignarra RM. Medicina: representações de estudantes sobre a profissão [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
32. Katz LA, Sarnacki RE, Shimpfhauser F. The role of negative factors in changes in career selection by medical students. *J Med Educ*. 1984; 59(4):285-90.
33. Silva LA, Casotti CA, Chaves SC. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(1):221-32.
34. Puertas EB, Arósquipa C, Gutiérrez D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(5):351-8.
35. Shapiro M, Fornari A. Factors influencing primary care residency selection among students at an urban private medical school. *Einstein J Biol Med*. 2010; 25(1):19-24.
36. Angotti Neto H. Virtudes e princípios no cuidado com a saúde. *Mirabilia Medicinæ*. 2015; 4(1):1-9.
37. Alderfer CP. *Existence, relatedness, and growth: human needs in organizational settings*. New York: Free Press; 1972.
38. Deci E, Lens W, Vanteenkiste M. Intrinsic versus extrinsic goal contents in self-determination theory: another look at the quality of academic motivation. *Educ Psychol*. 2006; 4(1):19-31.
39. Morley CP, Roseamelia, Smith JA, Villarreal AL. Decline of medical student idealism in the first and second year of medical school: a survey of pre-clinical medical students at one institution. *Med Educ Online*. 2013; 18:21194.



This study aims at describing the motivational aspects of future doctors as to their professional perspectives of working in Family Health Strategy (ESF) and the inducing strategies of the course's Political and Pedagogical Project (PPP). This descriptive and exploratory study of qualitative approach was conducted with 31 Medicine students of two education institutions. Data were collected based on the PPP analysis and through interview. The empirical material was reviewed using the content analysis technique based on the Self-determination Theory. Three analytical categories emerged: intrinsic motivation, extrinsic motivation, and demotivation. The results showed ESF is a temporary job opportunity with an ideology that captivates academics. However, extrinsic motivations end up forcing students not to choose the area as a career. It is essential to explore the intrinsic motivational potential of students developing strategies to overcome barriers that limit choosing ESF as a career path.

Keywords: Professional perspectives. Work. Medicine. Primary care. Education.

El objetivo de este estudio es caracterizar aspectos motivacionales de futuros médicos relativos a las perspectivas profesionales y actuación en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y las estrategias inductores del Proyecto Político Pedagógico (PPP) de los cursos. Estudio descriptivo-exploratorio, de abordaje cualitativo, con 31 estudiantes de Medicina de dos instituciones de enseñanza. Los datos se colectaron a partir del análisis de los PPP y por entrevista. El material empírico se analizó por la técnica de análisis de contenido, a la luz del referencial de la Teoría de la Autodeterminación. Surgieron tres categorías analíticas: motivación intrínseca, motivación extrínseca y desmotivación. Los resultados demostraron la ESF como oportunidad de trabajo temporal con ideología que cautiva a los académicos, pero la acción de las fuerzas motivadoras extrínsecas resulta en la no elección del área para carrera. Es fundamental explorar, en los estudiantes, el potencial motivacional intrínseco, desarrollando estrategias para romper barreras que limitan la elección por la ESF.

Palabras clave: Perspectivas profesionales. Trabajo. Medicina. Atención Básica. Educación.

Submetido em 21/08/19.

Aprovado em 28/06/20.

Violência íntima: experiências de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Intimate partner violence: women's experience in Primary Health Care in Rio de Janeiro, RJ, Brazil (abstract: p. 17)

Violencia íntima: experiencias de mujeres en la atención primaria de la salud en Río de Janeiro, RJ, Brasil (resumen: p. 17)

Evelin Gomes Esperandio^(a)

<evelin.esperandio@gmail.com> 

Anna Tereza Miranda Soares de Moura^(b)

<annaterezam.smoura@gmail.com> 

Cesar Augusto Orazem Favoreto^(c)

<cesarfavoreto@globo.com> 

^(a) Clínica da Família Estivadores. Avenida do Exército, 99, São Cristóvão. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20910-180.

^(b) Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^(c) Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, FCM, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

A abordagem da violência íntima (VI) é um desafio na Atenção Primária à Saúde (APS). Estudos trazem discussões na perspectiva de profissionais, sendo que poucos avançam em dar voz às mulheres. O objetivo deste trabalho foi compreender a experiência dessas mulheres no contexto do cuidado ofertado na APS na cidade do Rio de Janeiro, de estado homônimo, Brasil. Utilizou-se metodologia qualitativa, entrevistando mulheres nas Unidades de Saúde da Família, com questionário semiestruturado e análise hermenêutico-dialética. Entrevistas com 21 mulheres mostraram dificuldades de revelação da VI e possibilidades de atuação da APS, identificando a precarização da rede. Sugestões para abordagem: criação de grupos, escuta empática e vínculo. Foram destacados a atuação de profissionais como tutores de resiliência; a necessidade de qualificação da rede; e o reforço do papel de agentes comunitários e dos atributos da APS para o cuidado dessas situações.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Violência contra a mulher. Violência íntima.

Introdução

A violência tem repercussões intersetoriais e frequência considerável, sendo reconhecida internacionalmente como problema de saúde pública de alta relevância pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹. Considerando as relações de intimidade, a VI atinge especialmente as mulheres. Em torno de 30% das mulheres no mundo relatam já terem sofrido algum tipo de violência na vida¹. A reflexão sobre a temática, no âmbito nacional, é crescente, com o desenvolvimento de manuais e políticas públicas que discutem formas de erradicação e punição, com avanços significativos na legislação, como a Lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio²⁻⁴.

A APS já está bem estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS) como local de acesso de primeiro contato, longitudinal e de atendimento integral às pessoas^{5,6}. Executada no Brasil no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), a APS pode ser considerada como cenário oportuno para o cuidado das mulheres que enfrentam situações de VI⁷. As equipes de Saúde da Família (SF) podem ser vistas como as executoras desse cuidado na prática, sendo que os princípios da APS deveriam nortear seu trabalho. Nesse nível de atenção, a ocorrência de VI já foi observada em até 59% das mulheres, tendo consequências consideráveis na sua saúde e no uso dos serviços^{8,9}.

Apesar da elevada prevalência, o tema ainda é pouco explorado na formação em Saúde¹⁰, havendo despreparo para lidar com o problema, além da existência de preconceitos que colocam as mulheres em lugar de culpabilizaçã¹. Ainda que existam avanços nas discussões sobre a implicação do machismo e do patriarcado sobre a violência de gênero, com importantes marcos conceituais trazidos por Scott¹¹ e Saffioti¹², é possível observar na academia a falta de legitimação de pesquisas feministas, predominando olhares masculinos nas publicações¹³.

Mesmo que a correlação entre violência e saúde seja consenso na literatura, muitas situações ainda permanecem invisíveis ou são interpretadas como não pertencentes ao setor^{1,14}. Observa-se que a maioria dos instrutivos enfoca principalmente questões biológicas, como o aconselhamento para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e a atenção aos casos agudos^{15,16}. Poucos são aqueles que se debruçam sobre o acompanhamento longitudinal, compreendendo as situações de VI como recorrentes e não episódicas, sendo tanto a detecção quanto sua abordagem desafios ainda atuais^{7,17}.

Também são poucas as produções que apresentam narrativas do ponto de vista das mulheres. Suas itinaerações e a relação com a APS ainda aparecem de forma incipiente na literatura brasileira, sendo difícil identificar se existe busca por cuidado neste nível de atenção. O presente trabalho tem como objetivo compreender a experiência das mulheres em situação de VI e suas expectativas no contexto do cuidado ofertado pelos serviços de saúde de APS do município do Rio de Janeiro (RJ).



Percurso metodológico

Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo qualitativo realizado com mulheres usuárias da ESF em quatro Unidades de Saúde da Família selecionadas na área programática (AP) 1.0 do município do Rio de Janeiro.

Cenário

As unidades de saúde escolhidas tinham as seguintes características: áreas de favelas e regiões de classe média/média-baixa, com dois a oito anos de funcionamento, trabalhando na lógica da ESF, com Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC). A escolha da AP 1.0 também considerou o montante reduzido de relatos científicos quando comparado às outras regiões do município.

Participantes

As mulheres que aguardavam por atendimento na sala de espera das Unidades de Saúde foram convidadas para participar de entrevistas realizadas em sala reservada. O critério de inclusão foi estar cadastrada na clínica da família e ter 18 anos ou mais.

Instrumentos de coleta de dados

As mulheres foram informadas sobre o objetivo da pesquisa e que poderiam interromper a entrevista a qualquer momento. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicada a versão para o português do questionário Revised Conflict Tactics Scale (CTS2)¹⁸, validado para uso no Brasil¹⁹, composto por perguntas sobre violência física, psicológica e sexual apresentadas de maneira bidirecional, questionando se a entrevistada já sofreu e perpetrado cada ação. Nesse instrumento, conforme as respostas fornecidas pelas mulheres, há a classificação entre violência física menor ou grave, violência psicológica menor ou grave, coerção sexual ou violência sexual grave ou a concomitância de mais de um tipo de violência. Em caso de resposta positiva para qualquer item, foi dado prosseguimento à entrevista com roteiro semiestruturado, envolvendo questões sobre a busca por serviços de saúde nas situações de VI; os desafios enfrentados; o que a entrevistada gostaria que sua equipe de SF soubesse sobre as situações vivenciadas, o acolhimento recebido e os conselhos que daria. Também foi questionado o padrão de uso da unidade e o perfil sócio-demográfico.



Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas e a análise do material foi realizada com a escuta dos áudios e leitura das transcrições. A análise do material ocorreu por meio do método hermenêutico-dialético, considerando a conjuntura socioeconômica, histórica e cultural na interpretação dos achados²⁰. A escolha desse método se deu pela possibilidade de analisar as falas em seus contextos, ponderando sobre a realidade e a historicidade envolvidas. A partir do encontro dos fatos empíricos com reflexões e circunstâncias prévias, emergiram as categorias analisadas. Foram utilizados como marcos teóricos para a discussão o conceito de iteneração na busca de cuidados, o modelo ecológico para compreensão da violência, os atributos da APS e sua aplicação no cuidado às situações de VI^{6,21-23}.

O projeto foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro sob os protocolos CAEE 91968618.0.0000.5259 e 9168618.0.3001.5279, respectivamente.

Resultados e discussão

Durante outubro e novembro de 2018 foi realizada a coleta de dados, sendo convidadas para a entrevista 25 mulheres. Três não preenchiam os critérios de inclusão e houve apenas uma perda, pois a paciente foi chamada para atendimento durante a entrevista, com amostra final de 21 entrevistadas. Os encontros ricos e densos fluíram com facilidade e as participantes expressavam vontade de contar sobre suas experiências de vida. Muitas entrevistas duraram mais de uma hora devido à profundidade e aos detalhamentos das histórias que algumas mulheres nunca haviam contado para profissionais de saúde, sendo essa escuta um exercício produtivo. Quando foi identificada alguma vivência de VI nas relações atuais, orientou-se a busca por apoio na equipe de SF. Quando autorizado, os casos foram informados às equipes. Não houve identificação de nenhuma situação de alto risco.

Perfil

O quadro 1 apresenta o perfil das entrevistadas, com codinomes baseados em mulheres que lutaram por direitos^{24,25}. Os nomes das Unidades de Saúde foram substituídos por letras. A maioria das participantes referiu ter religião, especialmente de matriz cristã, destacando ora o apoio ao enfrentamento de suas dificuldades, ora a presença de conflitos espirituais. Mais da metade das participantes eram negras e pardas. Correlacionando-se o perfil das mulheres ao modelo ecológico, vale considerar as interseccionalidades e a sobreposição das violências no âmbito individual e coletivo. Heise e Michau chamam atenção para aspectos desse modelo na explicação da violência compreendendo-a desde o nível individual; passando pelo relacional e comunitário; e chegando à sociedade como um todo²⁶⁻²⁸.

**Quadro 1.** Perfil das entrevistadas e descrição da violência vivenciada, Rio de Janeiro, 2018

Codiname	Unidade de Saúde	Idade	Cor	Religião	Com companheiro?	Violência no atual relacionamento ou no anterior?	Tipos de violência	Uni/bidirecional
Anita	A	28	Negra	Espírita	Sim	Anterior e menos no atual	Todos os tipos no relacionamento anterior. No atual, psicológica	Bidirecional
Florisbela	A	31	Negra	Não tem	Sim	Anterior	Psicológica e física	Bidirecional
Maria Bonita	A	18	Negra	Evangélica	Sim	Atual	Todos	Bidirecional
Jovita	A	53	Branca	Cristã	Não	Anterior	Todos	Bidirecional
Quitéria*	B	38	Parda	Católica	Não	Anterior	Psicológica e física	Bidirecional
Helenira	B	53	Branca	Católica	Não	Anterior	Psicológica e física	Bidirecional
Zacimba	B	55	Parda	Católica	Sim	Atual	Psicológica (poucos elementos)	Bidirecional
Mariana	B	36	Parda	Católica	Sim	Atual	Psicológica	Bidirecional
Felipa*	C	20	Negra	Não tem	Sim	Atual	Psicológica menor	Bidirecional
Zeferina	C	63	Indefinida	Ateia	Não	Anterior	Psicológica menor	Bidirecional
Aqaltune	C	67	Parda	Evangélica	Não	Anterior	Todos	Unidirecional
Francisca	C	34	Negra	Espírita	Sim	Atual	Psicológica e física	Bidirecional
Aurora	C	34	Negra	"Deus"	Sim	Anterior	Todos	Bidirecional
Mãe Domingas*	D	38	Negra	Católica	Sim	Atual	Psicológica grave	Bidirecional
Roberta*	D	18	Negra	Não informado	Sim	Atual	Psicológica	Unidirecional dela contra ele (um episódio)
Ana Nery	D	43	Branca	Espírita	Não	Anterior	Psicológica menor	Bidirecional (um episódio)
Sila	D	29	Branca	Espírita	Não	Anterior	Psicológica e física	Bidirecional
Chiquinha*	D	33	Negra	Evangélica	Não	Anterior	Psicológica e física	Bidirecional
Olga	D	48	Parda	Evangélica	Sim	Atual	Psicológica	Bidirecional
Dadá*	D	24	Negra	Sem religião atualmente (anteriores: candomblé e evangélica)	Sim	Atual	Psicológica e física	Bidirecional
Crimeia	D	50	Branca	Budista	Sim	Atual (um episódio) e anterior	Psicológica	Bidirecional

*Gestantes.



Levando em conta a itinação das mulheres na busca por ajuda, emergiram três categorias de análise:

- “Ninguém sabe o que eu já passei.” – Sentimentos das mulheres – abarca a ideia de contar ou não o que aconteceu para as equipes.
- “Nunca contei porque nunca perguntaram também.” – Dinâmica da ESF – uma análise dos desafios para a revelação e o acompanhamento das situações no âmbito da ESF.
- “Eu ia amar” - Possibilidades de encontro – sugestões trazidas para abordagens criativas pela ESF para o enfrentamento da VI.

As categorias parecem se originar do percurso trilhado desde o silêncio até a sugestão de diferentes espaços de escuta, trazendo à tona a importância de qualificar os atributos da APS para o enfrentamento da violência.

“Ninguém sabe o que eu já passei” – Sentimentos das mulheres

A literatura aponta para a dificuldade de relatar sobre a vivência de VI, observando que as mulheres costumam enfrentar sozinhas as dificuldades no relacionamento abusivo, por medo de críticas e juízos sociais^{17,29,30}. O sentimento de isolamento é constante, o apoio familiar é raro e o silêncio sobre o ocorrido parece estar relacionado ao receio de trazer ainda mais problemas para pessoas próximas^{31,32}.

Ninguém sabe o que eu já passei, o que eu passo. (Maria Bonita)

Minha mãe não tem muita estrutura, porque minha mãe já tá com idade, tem problema de pressão, diabete. [...] Eu não desabafo com ninguém. (Mariana)

Algumas entrevistadas mostram-se exemplos de mulheres que nunca contaram para suas equipes sobre situações de VI presentes ou passadas e que não enxergam a Unidade de Saúde como um cenário no qual pode-se procurar apoio. A ideia de que estariam em um ambiente seguro poderia ser o primeiro passo para que se sentissem apoiadas e confortáveis para se expressar³³. A longitudinalidade pode resultar em relação de confiança que viabilize espaços de acolhimento, possibilitando à mulher reconhecer sua vulnerabilidade e identificar alternativas. Mudanças de atitudes não são tarefas fáceis ou pontuais e, muitas vezes, envolvem aspectos financeiros e consequências para outros membros da família, com a desconstrução do ideal familiar. Profissionais têm dificuldade de identificar fatores de proteção para a ocorrência de VI e ampliar a rede de suporte, mas podem acabar sendo demasiadamente prescritivos³⁴.

O médico falou assim: [...] “Caiu da mesma maneira que eu tô entendendo que você caiu?”. [...] porque eu tinha duas pessoas abaixo de mim, eu não era um corpo sozinho, entendeu? A não ser que eu também fosse embora, mas eu achava que eu ia sacrificar os meus filhos. (Jovita)

Ah, porque eu precisava dele. Eu não trabalhava [...] E eu me sentia melhor tendo meu marido, pai dos meus filhos, em casa. [...] Eu queria a nossa família, queria comprar coisas, ajeitar nossa casa, e ele não queria nada daquilo. Não me respeitava como mulher, como pessoa, me xingava muito. (Chiquinha)

Por vezes a saída do relacionamento abusivo se reveste de implicações para o bem estar das filhas e dos filhos²⁷. Ausência de imóvel próprio aumenta a vulnerabilidade de sofrer abuso e, considerando o modelo ecológico, estudos mostram que mulheres negras e com pior renda sofrem um acúmulo de consequências decorrente tanto da VI quanto da violência estrutural²⁷. A interseccionalidade³⁵ vem sendo discutida desde a década de 1990³⁶ e a literatura aponta marcadores sociais da diferença, com sobreposição de violências, questões raciais e renda em estudos de prevalência e fatores associados²⁷. O aprofundamento sobre o entrelaçamento dessas opressões ainda se faz necessário.

É inevitável aqui o debate sobre o patriarcado³⁷, compreendido como uma maneira de nomear o sistema de opressão social de homens sobre as mulheres, principalmente em relação às atividades econômicas e políticas¹³. Sua estrutura machista produz um lugar de inferioridade à mulher e favorece sua manutenção por meio de processos de vulnerabilização. As teóricas do feminismo esclarecem que o patriarcado traz em si a manutenção de uma visão de mundo em que o gênero masculino tem poder sobre o feminino, que a ele deveria ser subordinado e, portanto, a violência acaba sendo naturalizada³⁸. Reflexões sobre a importância da família como forma de controle dos corpos femininos e sobre o papel masculino como provedor do sustento estão presentes na literatura e precisam ser analisadas levando em consideração o sistema capitalista, engrenagem fundamental para a compreensão dessas opressões³⁹. Os relatos mostram que as mulheres internalizam concepções sociais desta diferença de gênero, temendo a opinião de familiares e profissionais. Muitas não buscam ajuda, pois percebem que ao verbalizar o ocorrido seria esperado que tomassem alguma atitude sobre o relacionamento, para a qual nem sempre estão preparadas⁴⁰.

Tive medo até de denunciar, porque ele já tinha até passagem na polícia.
(Maria Bonita)

No contexto da favela, aparecem outros motivos para o medo da revelação, relacionados às consequências ao companheiro, que pode ser punido criminalmente ou pelo “poder paralelo” nas comunidades⁴¹. Foi possível identificar que regras locais estão presentes nos discursos com eufemismos e retóricas pouco claros, evitando-se nomear o que pode acontecer: o silenciamento que acontece nas favelas parece se estender para dentro dos consultórios. Chama atenção a omissão ao longo dos atendimentos de questões relacionadas à violência relacional e estrutural, com a formação de pactos silenciosos de mão dupla entre profissionais e usuárias⁴¹. A equipe evita abordar situações difíceis, entendendo que precisaria tomar atitudes para as quais muitas vezes não tem experiência ou segurança suficientes, a despeito do papel da ESF de considerar o território na sua dinâmica de trabalho. Esse enfrentamento passa pelo desenvolvimento de atributos como a competência cultural e a abordagem familiar e comunitária, entendendo também o papel fundamental de agentes comunitárias e comunitários de saúde^{23,42,43}. A menor

rotatividade de profissionais aumentaria a vinculação das mulheres às equipes, favorecendo a sensação de conforto para o compartilhamento de suas vivências. A ausência de vínculo com profissionais surgiu em relatos que apontam para uma descrença na potencialidade da equipe, por não considerar que exista aptidão necessária para abordar questões psicossociais, como se houvesse uma crise de confiança na ESF.

Pra minha equipe? Ah, eu não sei, porque eu acho que a vida particular, não vai ter uma coisa que vai ajudar muito. [...] Quem tem que mudar sou eu [...] Ia me ajudar em quê? Ah, o psicólogo, conversar? [...] Eu bebia, fumava quando começou... Eu emagreci muito. (Helenira)

Os relatos também envolvem questões de privacidade. Este pode ser um grande desafio a ser enfrentado pelas equipes devido à presença de ACS no território, assim como de vizinhos, familiares e até do companheiro nas unidades, já que a lógica do trabalho pressupõe o cadastramento de toda a comunidade⁴⁴. Essa proximidade pode colaborar com a sensação de julgamento e culpa, além de desrespeito ao sigilo, tornando necessária a capacitação de toda equipe para implementar políticas públicas para enfrentamento da violência com identificação e acompanhamento dos casos, preservando aspectos éticos fundamentais⁴².

[...] pessoas que moram aqui, que trabalham aqui e mora lá no morro, [...] quer saber da sua vida pra depois ficar falando [...] Não é a privacidade que a gente queria [...]. (Maria Bonita)

Alguns estudos com mulheres que romperam o ciclo de violência têm explorado facilitadores ou complicadores para tal atitude que se traduzem em autonomia na tomada de decisões¹⁷. Algumas não consideram os serviços de saúde como cenário colaborador, compreendendo que a iniciativa de mudança deve ser fruto de processos internos ou ocorrer após um acúmulo de consequências em suas próprias vidas^{32,33}.

Acho que quem me ajudou mesmo foi eu mesma. Botei na minha cabeça que eu não queria aquilo, não. (Floribela)

Ao retomar o perfil das entrevistadas, percebe-se que algumas mulheres tinham apenas episódios pontuais de violência, porém, a maioria das entrevistadas relataram situações recorrentes de VI, incluindo desde as classificadas como “violência psicológica menor” até quadros que envolviam os três tipos abordados na CTS2. A coocorrência de diferentes tipos de violência é relatada na literatura, observando-se a continuidade da violência e seu agravamento até que se consiga romper o ciclo. Foram relatadas diversas histórias, desde as que permanecem no lugar de desconfiança ou solidão até aquelas que traduzem superação de relacionamentos violentos. Essas últimas contradizem as crenças que trazem uma visão de imobilismo em relação ao comportamento feminino. Muitas vezes o relacionamento violento perdura enquanto existe dependência – afetiva ou financeira –, modificando-se a partir da acentuação dos conflitos, desgaste da relação ou empoderamento decorrente de outros ganhos alcançados pelas mulheres³².



“Nunca contei porque nunca perguntaram também.” – Dinâmica da ESF

A ESF no Rio de Janeiro apresentou aumento de cobertura na última década⁴⁵, porém, durante o período de coleta de dados, estava em curso importante processo de desestruturação e cortes financeiros, que devem ser considerados na análise⁴⁶. A restrição ao acesso decorrente dessa situação foi uma das dificuldades apontadas, atrapalhando a dinâmica de trabalho, refletindo na dificuldade em abordar temas sensíveis que necessitam de tempo, vínculo e confiança⁴⁷. Parece haver uma combinação de questões institucionais – como a falta de condições laborais adequadas – com aspectos individuais de cada profissional que dificultariam a identificação da VI⁴².

[...] aquela barreira de baixo [guichê de acolhimento de ACS] às vezes é intransponível. (Zeferina)

Se eles tiverem tempo, porque os médicos hoje em dia não têm tempo [...] Porque tem trocentos ali fora esperando. (Jovita)

Fatores como o número reduzido de profissionais, grande quantidade de atendimentos e infraestrutura inadequada são elementos a serem superados⁴⁷. A falta de acesso como descumprimento de um dos atributos da APS muitas vezes torna-se mais um desafio. À sobrecarga das equipes, somam-se a falta de interesse dos profissionais, a omissão ou a restrição do atendimento às questões biológicas, além da estrutura física das unidades, por vezes, sem acústica adequada, comprometendo o sigilo profissional⁴⁸.

Por mais que tem mil cabeças pra atender, mas, tipo, a gente quer que a gente seja bem tratado, entendeu? Porque, bem ou mal, a gente tá aqui não é porque a gente quer, é porque a gente precisa. (Maria Bonita)

Mal... Ninguém trata pobre bem, ninguém. Raríssimo os médicos que têm a paciência de receber uma pessoa e tratar bem, entender que tá chorando... [...] “Vem cá, minha senhora, quem é a sua equipe? [...] Cadê a cadernetinha?”. (Aqaltune)

O sofrimento das usuárias reflete o peso e a sensação de que sua situação socioeconômica determina o tipo de tratamento recebido. Episódios recorrentes de desatenção, aliados à busca por acolhimento e a peregrinação nos serviços de saúde, podem trazer revitimizáveis. O conceito de itinerância em busca de cuidados traduz bem a situação vivenciada pelas mulheres²¹. A itinerância das mulheres coloca em questão quais caminhos têm sido possíveis para a revelação de situações de violência. Bonet discute essa itinerância como um mover-se ao longo de linhas entrelaçadas como uma malha da vida, compreendendo que profissionais e usuárias podem se entrelaçar em um encontro terapêutico⁴⁹. O espaço da APS pode tornar-se, então, um encontro de dois “Eus” que trazem caminhadas e repertórios distintos, oportunizando que o cuidado aconteça. Aprofundando o olhar sobre a expressão cunhada por Bonet, percebe-se que



não é suficiente que haja um manual orientando que profissionais da APS acolham as situações de violência, se faz imperativo que estejam sensíveis a escutá-las em suas camadas mais íntimas, com todo o compromisso que advém desse encontro de cuidado, responsabilizando-se por ele mesmo que a mulher tenha atendimentos em outros pontos da rede de atenção à saúde.

Assim, sabe-se que existem diretrizes que orientam quanto à escuta empática, à validação da experiência e atitude de suporte³⁴, porém torná-las realidade ainda pode parecer distante. A postura profissional com atitudes que facilitem o diálogo sobre assuntos delicados e a correlação entre queixas orgânicas e psicossociais ainda são desafios para qualificar a APS^{17,29,44}. Profissionais admitem que raramente perguntam às mulheres sobre violência, mesmo diante de lesões físicas⁴⁸. Dores crônicas, ansiedade, depressão, abuso de substâncias e problemas gastrointestinais são consequências comuns da VI, e as falas analisadas mostram dificuldade na identificação dessas correlações⁵⁰.

É aquilo, eu tô falando pra você, porque você me perguntou. (Jovita)

Olha, eles nunca comentou nada, não perguntou nada... Eu chegava aqui, já ia ser consultada, só isso. (Florisbela)

Não, só falava porque eu sentia muita falta de ar, tava fazendo uns exames de arritmia, coração. [...] Não, nada de... da vida particular, não, só do médico mesmo e da área de Saúde. (Quitéria)

Diante de tantas possibilidades de somatização, o atributo da integralidade convida profissionais de saúde a um olhar direcionado à mulher como um todo, compreendendo não apenas a experiência da doença, mas também seu contexto familiar e comunitário; os sentimentos e ideias sobre seus sintomas; e o quanto isso impacta suas atividades corriqueiras³¹.

Eu fiz tudo quanto era exame pra ver se era um tumor, se era tireoide. E até hoje ninguém sabe o que que houve comigo. [...] Meu corpo tava falando por mim, a verdade é essa. (Jovita)



“Eu ia amar” – Possibilidades de encontro

O estudo trouxe a ideia de dar voz às usuárias, ouvindo sugestões sobre a abordagem da VI. Os relatos variaram entre elogios ao trabalho realizado e dificuldades encontradas. O vínculo que se estabelece na ESF foi expresso pelas mulheres que se sentem bem tratadas e acompanhadas nas diversas dimensões de suas vidas, incluindo a VI. Percebiam a diferença do cuidado ofertado a partir da implantação da equipe de SF nas unidades estudadas, com presença de programas de residência⁴⁵, sendo possível distinguir entre a dinâmica dos antigos Centros Municipais de Saúde (CMS) e das atuais Clínicas da Família. Alguns relatos mostraram novas possibilidades de conversar a respeito de episódios de VI vivenciados sobre os quais ninguém havia perguntando antes.

Meus três pré-natal foi lá [em outro CMS]. [...] Perguntar, perguntavam, mas não se aprofundavam no assunto. [...] Porque, antigamente, o pré-natal era assim, você entra, examina a barriga [...], tá liberado. [...] Não dava nem chance de falar o que tava acontecendo. (Sila)

Já sabem tudo [...]. Eu acho o atendimento aqui ótimo. Reforçar, só a manutenção, porque é difícil, mas independe da gente e independe até deles. (Ana Nery)

[...] a minha equipe é só elogios. Quando eu chegar aqui, a hora que eu tiver precisando, ela me atende. [...] O meu ACS mora perto da minha casa: “Tá tudo bem? Qualquer coisa vai lá, tô lá.”. (Sila).

Entre as especificidades da ESF está a oferta de atividades em grupo e a literatura recente mostra como a participação coletiva pode ser protetora⁵¹. A orientação comunitária assume lugar de destaque, pois somente com a compreensão das mulheres sobre sua inserção na comunidade é possível o desenvolvimento de redes de apoio. Estudos com atividades coletivas utilizaram conceitos de autocompaixão e humanidade comum com bons resultados⁵². A valorização da formação de grupos se contrapõe a medidas gerenciais que restringem as atividades comunitárias e deixam o trabalho de profissionais cada vez mais limitado aos consultórios.

Que fizesse um grupo pra ajudar essas pessoas que tão passando por essa fase aí de agressão [...]. Toda semana aqui na clínica. Eu ia participar. [...] Eu ia amar. [...] uma coisa, assim, pra abrir a mente da pessoa, a conversar com o companheiro... [...]. As mulheres vir participar, quando chegar em casa, saber se defender, saber falar, entendeu? (Floribela)

[...] abrir um espaço pras mulheres casadas, pra homens casados. Tipo um psicólogo mesmo, uma reunião de família pra ver o que que passa [...]. Porque cada um passou por coisas diferentes [...] Uma troca de ideia. (Maria Bonita).

Estudos apontam para a importância de fortalecer a resiliência, chamando atenção para que as mulheres não sejam vistas como vítimas, mas sim como capazes de grandes transformações⁵³. Profissionais poderiam atuar na facilitação desta qualidade, como “tutores de resiliência”⁵⁴. Os grupos são considerados espaços promotores de resiliência individual e coletiva, com busca por soluções compartilhadas e sustentadas.

Considerações finais

Ao longo da escuta de tantas histórias de vida, evidenciou-se a necessidade de articulações que qualifiquem as equipes de SF de maneira profunda e efetiva, por meio da Educação Permanente, transformando os avanços teóricos induzidos por políticas públicas em realidade prática. Ênfase deve ser dada à valorização de ACS – profissionais-chave no desenvolvimento da competência cultural e da relação com o território –, com espaços que reforcem o diálogo sobre ética nos serviços, enfatizando vínculos saudáveis e atividades transformadoras; e potencializando visitas domiciliares e atividades em grupo⁴². A sensibilização de profissionais para identificar os casos precisa envolver atitudes empáticas, potencializando a abordagem integral dos aspectos relacionais trazidos pelas mulheres, colaborando para tomada de decisões, respeitando seu tempo e considerando sua segurança.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se que não foi possível aprofundar a discussão sobre interseccionalidade, compreendendo a necessidade de desenvolver ações mais equitativas, considerando questões relacionadas a raça e classe social^{34,55}. Tampouco foi possível detalhar a relação entre a vivência de VI e a violência estrutural, principalmente no caso dos expressivos indicadores relacionados à violência policial nas comunidades.

Talvez a maior contribuição dos achados tenha sido o ato desafiador da escuta, entendendo quais são os desejos e expectativas para os atendimentos no âmbito da ESF, dando voz à criatividade e a reiterações das boas práticas trazidas pelas entrevistadas. Estudos sobre atitudes desejáveis e indesejáveis por parte de profissionais têm mostrado que as mulheres tendem a valorizar a escuta ativa, a não culpabilização e o oferecimento das possibilidades de atendimento na rede de serviços⁵⁶. As sugestões envolvendo atividades coletivas como rodas de conversa e grupos de apoio parecem revelar a necessidade de coletivizar o sofrimento individual, mostrando que seu compartilhamento favorece a busca por mudanças⁵¹. Parece existir um clamor quase silencioso por espaços de troca e criação de laços, que possibilitem reconhecer umas nas outras as mesmas vivências, construindo redes de solidariedade nos territórios. Entre os aspectos levantados, recomendações incluem a importância da orientação comunitária como atributo importante da APS a ser reforçado.

Ao considerar o modelo ecológico, parecem existir necessidades de ações concretas em todos os âmbitos. O cotidiano de consultas, visitas domiciliares e grupos, além das mudanças na formação em saúde, desde os cursos básicos até a Educação Permanente, precisariam ser revisitados. O desafio para abordagem da VI ainda permanece, sendo necessário muito trabalho para aproximar profissionais e a academia, dispostos a realizá-lo com criatividade. Nesse sentido, fortalecer a APS, desenvolvendo intensamente seus atributos e qualificando profissionais e estudantes, parece tarefa atual imprescindível. Trazer para dentro dos serviços e da academia as reflexões sobre o quanto o olhar masculino e o patriarcado seguem interferindo na abordagem da VI se faz também urgente.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

À Corina Helena Figueira Mendes, pela cuidadosa e generosa contribuição na leitura e revisão deste manuscrito, nossa gratidão.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; 2011 [citado 13 Abr 2019]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>
3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 8 Ago 2006 [citado 10 Dez 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.104, de 9 de Março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília: Presidência da República; 2015.
5. Giovanella L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Cadernos de atenção básica; n. 8).



8. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(2):237-45.
9. Heise L. Violence against women: the hidden health burden. *World Health Stat Q*. 1993; 46(1):78-85.
10. Anderson MIP, Romero XA, Arias-Castillo L, Moreno CB, Sinisterra JSG, Martín TM, et al. Medicina de família e comunidade, atenção primária e violência: formação e ação em Iberoamerica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018; 13(1):9-28.
11. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real*. 1995; 20(2):71-99.
12. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cad Pagu*. 2001; (16):115-36.
13. Bonneti A, Souza AMFL. Gênero, mulheres e feminismos. Salvador: EDUFBA; 2011.
14. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. *JAMA*. 1992; 267(23):3157-60.
15. Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde. Fluxo de Atendimento à violência sexual [Internet]. Rio de Janeiro: SUBPAV; 2016 [citado 10 Jan 2018]. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/CLCPE/S.mulher/Smulher_Violencia.pdf
16. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
17. Petersen R, Moracco KE, Goldstein KM, Clark KA. Moving beyond disclosure: women's perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women Health*. 2004; 40(3):63-76.
18. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(1):163-76.
19. Rafael RMR, Moura ATMS. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. *J Bras Psiquiatr*. 2014; 63(2):149-53.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1992. (Saúde em debate).
21. Bonet O. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. *Sociol Antropol*. 2014; 4(2):327-50.
22. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*. 2015; 385(9978):1685-95.
23. Miller E, McCaw B. Intimate partner violence. *New Engl J Med*. 2019; 380(9):850-7.
24. Pinsky CB, Pedro JM. Nova história das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto; 2018.
25. Galeano E. Mujeres. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2015.
26. Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*. 1998; 4(3):262-90.
27. Moraes CL, Tavares da Silva TS, Reichenheim ME, Azevedo GL, Dias Oliveira AS, Braga JU. Physical violence between intimate partners during pregnancy and postpartum: a prediction model for use in primary health care facilities. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2011; 25(5):478-86.



28. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *Lancet*. 2015; 385(9978):1672-84.
29. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. 2008; 70(3):386-94.
30. Levy AG, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fagerlin A. Assessment of patient nondisclosures to clinicians of experiencing imminent threats. *JAMA Netw Open*. 2019; 2(8):e199277.
31. Muñoz Cobos F, Burgos Varo ML, Carrasco Rodríguez A, Martín Carretero ML, Río Ruiz J, Ortega Fraile I, et al. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. *Aten Primaria*. 2009; 41(9):493-500.
32. Leitão MNC. Mulheres sobreviventes de violência exercida por parceiros íntimos – a difícil transição para a autonomia. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48:7-15.
33. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel-Arcas C. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2003.
34. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015; 385(9977):1567-79.
35. Silveira RS, Nardi HC. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. *Psicol Soc*. 2014; 26 Spe:14-24.
36. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chicago Legal Forum*. 1989; 140:139-67.
37. Rivera MM. Una aproximación a la metodología de la historia de las mujeres. In: Ozieblo B, editor. *Conceptos y metodología en los estudios sobre la mujer*. Málaga: Universidad de Málaga; 1993. p. 19-42.
38. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
39. Narvaz MG, Koller SH. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicol Soc*. 2006; 18(1):49-55.
40. Rosa DOA, Ramos RCS, Gomes TMV, Melo EM, Melo VH. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Saude Debate*. 2018; 42 Spe 4:67-80.
41. Athié K, Dowrick C, Menezes ALA, Cruz L, Lima AC, Delgado PGG, et al. Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(1):75-86.
42. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(1):93-102.
43. Sagot M, Carcedo A. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000.



44. Soares JSF, Lopes MJM. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66):789-800.
45. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(5):1399-408.
46. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, Menezes T, Konder MT, O'Dwyer G, et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2019; 24(12):4555-68.
47. Rodrigues EAS, Tavares R, Melo VH, Silva JM, Melo EM. Violência e atenção primária à saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. *Saude Debate*. 2018; 42 Spe 4:55-66.
48. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(4):1037-50.
49. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc*. 2004; 13(3):16-29.
50. Sugg N. Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am*. 2015; 99(3):629-49.
51. Oliveira CL, Rodrigues EAS, Souza GA, Silva JS, Dias JAS, Goncalves L, et al. Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(21):283-7.
52. Ribeiro MMR, Tavares R, Melo EM, Bonolo PF, Melo VH, Ribeiro MMR, et al. Health promotion, participation in collective actions and situation of violence among users of Primary Health Care. *Saude Debate*. 2018; 42 Spe 4:43-54.
53. Alonso, MCF. Guia clínica de actuación sanitaria ante la violencia de genero. Castilla y Leon: Gerencia Regional de Salud; 2017.
54. Sánchez LS. Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *J Fem Gend Women Stud*. 2015; (1):103-13.
55. Minayo MCS, Assis SG. Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
56. Hamberger L, Ambuel B, Marbella A, Donze J. Physician interaction with battered women: the women's perspective. *Arch Fam Med*. 1998; 7(6):575-82.



The intimate partner violence (IPV) approach is a challenge in Primary Health Care. Studies discuss the professionals' perspective, but few of them advance as to give women a voice. The objective of this study was to understand these women's experience with the Primary Health Care provided in the Brazilian city of Rio de Janeiro, state of Rio de Janeiro. A qualitative methodology was used, interviewing women in Family Health units with a semistructured survey and a hermeneutic dialectic analysis. Interviews with 21 women showed difficulties to open up about IPV and possibilities of Primary Health Care intervention, identifying the network's precariousness. Suggestions for approach: creation of groups, empathetic listening, and bonding. The following were highlighted: the work of professionals, such as resilience tutors; the need for network qualification; reinforcement of the role of Community Agents and of the Primary Health Care attributes in these situations.

Keywords: Primary health care. Family Health Strategy. Violence against women. Intimate Partner Violence.

El abordaje de la violencia íntima (VI) es un desafío en la Atención Primaria de la Salud (APS). Estudios presentan discusiones bajo la perspectiva de profesionales, siendo que pocos avanzan en darles voz a las mujeres. El objetivo de este trabajo fue comprender la experiencia de estas mujeres en el contexto del cuidado ofrecido en la APS en la ciudad de Río de Janeiro, del estado del mismo nombre, Brasil. Se utilizó metodología cualitativa, entrevistando a mujeres en las unidades de Salud de la Familia, con un cuestionario semiestructurado y análisis hermenéutico-dialéctica. Entrevistas con 21 mujeres mostraron dificultades de revelación de la VI y posibilidades de actuación de la APS, identificando la precarización de la red. Sugerencias para abordaje: creación de grupos, escucha empática y vínculo. Se destacó la actuación de profesionales como tutores de resiliencia, la necesidad de calificación de la red, el refuerzo del papel de Agentes Comunitarios y de los atributos de la APS para el cuidado de esas situaciones.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud. Estrategia Salud de la Familia. Violencia contra la mujer. Violencia íntima.

Submetido em 29/09/19.

Aprovado em 27/06/20.

Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus, AM, Brasil

Family Health Strategy and popular health practices: dialogs between live networks in a territory in the city of Manaus, AM, Brazil (abstract: p. 16)

Estrategia Salud de la Familia y prácticas populares de salud: diálogos entre redes vivas en un territorio de Manaus, AM, Brasil (resumen: p. 16)

Naila Miriam Las-Casas Feichas^(a)

<naila.feichas@pmm.am.gov.br> 

Júlio Cesar Schweickardt^(b)

<julio.ilmd@gmail.com> 

Alcindo Antonio Ferla^(c)

<ferlaalcindo@gmail.com> 

^(a) Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Rua Nazaré de Mesquita, s/n., Parque 10 de Novembro. Manaus, AM, Brasil. 69054-501.

^(b) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Manaus, AM, Brasil.

^(c) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

As práticas tradicionais de cura apresentam-se no cotidiano das pessoas de diversas formas: “puxação”, massagem, chás, “garrafadas”, rezas. A proposta do presente estudo foi produzir um diálogo entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o cuidado popular que ocorre em uma comunidade de Manaus. Trata-se de uma pesquisa etnográfica com o relato de quatro cuidadores populares identificados pelos agentes comunitários do território da ESF. Os cuidadores narraram suas vivências, iniciação na prática do cuidado e especialidades nesse processo. Alguns cuidadores também desenvolviam atividades de parceiros por meio da técnica de “pegar menino” e “puxar barriga”, enquanto outros somente rezavam. Durante a pesquisa, a equipe de saúde foi desenvolvendo estratégias de diálogo com a comunidade e com os cuidadores populares, buscando superar possíveis preconceitos que dificultam o diálogo intercultural e uma relação colaborativa no cuidado das pessoas no território.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Medicina tradicional. Atenção à Saúde.

Introdução

No caminhar da Equipe Saúde da Família (ESF) na comunidade, pelas ruas estreitas, becos e igarapés, o calor, a umidade, os diferentes cheiros e as vozes marcam as visitas domiciliares em um bairro da cidade de Manaus. Nesse espaço da ESF também são compartilhadas práticas de cuidado realizadas por terapeutas populares. Nos territórios convivem diferentes modelos de saúde em que a equipe da saúde compartilha do cuidado com rezadores, parteiras, ervateiros e curandeiros.

As formas tradicionais de cuidado fazem parte do cotidiano das pessoas que têm como referência cuidadores populares presentes no território. Desse modo, como integrantes de uma equipe de saúde, buscamos caminhar nesse território para escutar essas práticas que se colocam como outras, mas que estão muito próximas da vida das pessoas. Desse modo, buscamos nos colocar como pesquisadores *in-mundo*¹, como cuidadores interessados nos encontros e diálogos interculturais. Afinal, a mudança de orientação tecnoassistencial para os cuidados primários também está associada à articulação com os saberes e práticas disponíveis nos territórios onde se atua².

As políticas nacionais que tratam dos cuidados e práticas que envolvem outros modos de fazer saúde são as seguintes: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)³, que surge por recomendação das Conferências Nacionais de Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicada em 2002 e revisada em março de 2017³; e Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)⁴, de novembro de 2013, que estimula o diálogo com as práticas populares e sua integração no Sistema Único de Saúde (SUS), propondo a construção compartilhada e participativa do conhecimento.

As políticas nacionais citadas aproximam-se do cuidado popular na prática de chá e fitoterapia, mas não abordam o “puxar”, o “pegar a barriga” (expressão utilizada para descrever a técnica que as parteiras utilizam para massagear a barriga da grávida e verificar a posição da criança), rezar/benzer (prática dos cuidadores populares para combater o adoecimento, principalmente de crianças) ou costurar rasgadura (tratamento aplicado pelos cuidadores populares nos casos de dores musculares), práticas tão presentes na comunidade. Na ESF não é comum a construção de um cuidado compartilhado entre o saber popular e o saber biomédico, nem sua integração nas políticas públicas de saúde⁴.

Lagdon *et al.*⁵ explicam que o sistema biomédico, ou seja, a medicina ocidental praticada em nossa sociedade, nada mais é do que uma forma particular de cultura. No entanto, em nossa sociedade, temos sistemas de saúde tão distintos quanto as culturas que a compõe. Schweickardt⁶ relata que a Amazônia, desde o período colonial, traz uma medicina que, além dos saberes biomédicos aprendidos nas faculdades de medicina, também se utilizava das práticas populares de cura - como o uso de sanguessugas, sangrias, purgas e clisteres -, mas, contraditoriamente, disputavam e combatiam os curadores populares, pajés e suas práticas. A Amazônia ainda permanece como um espaço rico em práticas de cura presentes nas mais diversas etnias e culturas. Apesar disso, ainda pesa sobre as práticas populares a desconfiança dos modelos biomédicos. Essas práticas são detentoras de outra racionalidade, com cosmovisão e lógica diferentes de organização do pensamento e da prática biomédica⁶.

Os cuidadores populares envolvem a família no diagnóstico e tratamento, sendo que o cuidado ocorre em cenários conhecidos da pessoa, como seu lar ou local religioso. Podemos ver algumas semelhanças entre o cuidado popular e o que ocorre na ESF, como durante as visitas domiciliares e as atividades desenvolvidas em igrejas e escolas. Helman⁷ destaca que os profissionais da Medicina de Família e Comunidade (MFC) têm como fundamento um lar e uma comunidade e tratam do corpo e mente das pessoas sem deixar de considerar as questões sociais. O antropólogo e médico de Família e Comunidade Francisco Arsego⁸ destaca que os MFC são mais permeáveis ao uso de chás e benzeduras. O estar na comunidade é uma de suas características, tendo como atributo o cuidado longitudinal e integral com formação de vínculo e centrada na pessoa.

A proposta do estudo é desarmar o olhar medicalizante da formação médica ocidental e se abrir à possibilidade de produção de conhecimento da vida do outro a partir do encontro, entendendo que encontro de cuidado, como explicam Merhy *et al.*⁹, ocorre em ato entre o trabalhador da saúde e o usuário para recuperar seu “caminhar a vida”. Desse modo, entendemos que o encontro também acontece entre saberes diferentes, quando profissionais de saúde e cuidadores populares promovem a possibilidade do diálogo.

O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência de pesquisa de uma médica da ESF na relação com as práticas populares de saúde em um determinado território. Desse modo, buscamos nos aproximar do entendimento de rituais e lógicas promovidas por rezadores e puxadores na produção do cuidado. Depois disso, temos como projeto futuro realizar rodas de conversas para troca de saberes entre a ESF e os cuidadores populares na comunidade.

Merhy *et al.*¹⁰ trazem o conceito de Redes Vivas como as conexões que criam possibilidades existenciais de sujeitos, que são múltiplos e em constante produção no mundo. As pessoas produzem e protagonizam seu processo de cuidado, trilhando e tecendo suas redes de vida, sociabilidade e cuidado. Sair dos muros das instituições oficiais e estar nas ruas e nos territórios vivos onde os cuidadores populares atuam e são parte nos permite perceber a riqueza e as tensões da vida em produção¹⁰. As práticas tradicionais de cuidado e os cuidadores tradicionais compõem o conjunto de recursos mobilizado pelas pessoas para a produção da sua saúde. Portanto, conhecer as redes vivas que surgem e se perpetuam nos territórios – redes que geram cuidado no cotidiano de dificuldades de acesso à rede instituída e que são legitimados pelo próprio cuidado ofertado – permite que se reconheçam as redes que produzem vida fora do horário comercial de funcionamento dos serviços de saúde¹⁰. Mas também, e sobretudo para os objetivos deste estudo, temos a intenção de produzir conexões entre o cuidado oficial e o cuidado desenvolvido pelas práticas tradicionais, que atuam no mesmo território.

Abordagem metodológica

O estudo foi realizado na comunidade União, situada no bairro Parque 10 de Novembro, zona centro-sul de Manaus, na área de abrangência da equipe de ESF 452. Em 2010, a população do bairro era de 41.256 habitantes¹¹. De acordo com a contagem dos cadastros válidos da Equipe da ESF 452, no período da pesquisada realizada entre março e julho de 2018, a população de referência da equipe era de 5.300 habitantes. A comunidade surgiu na década de 1970 em área de ocupação das margens do igarapé

Bindá, que periodicamente transborda no período de chuvas amazônicas, trazendo prejuízos à comunidade (figura 1). Muitas casas estão nas margens desse igarapé. A comunidade sofre também com a violência pela disputa do tráfico de drogas e os conflitos com a segurança pública.



Figura 1. Igarapé Bindá e acesso às casas

Fonte: Naila Feichas, 2018.

A identificação dos cuidadores populares foi feita por meio de conversa com usuários e outros trabalhadores da saúde, como o agente comunitário de saúde (ACS) – nossas “sementes”, como denominado na técnica de amostragem não probabilística em Bola de Neve, ou *snowball sampling*)¹². Não trabalhamos com o conceito de saturação; preferimos trabalhar, assim como Minayo, com a noção de “refletir em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno estudado e buscar a qualidade das ações e das interações”¹³ (p. 10), uma vez que a saturação pode implicar em perder “o sangue e a alma das expressões culturais”¹³ (p. 10). Merhy *et al.* falam em “perfil provisório” para classificar seus textos, pois “uma pesquisa não acaba” sempre recebendo “sinais dos campos nos encontros que continuam a produzir”¹⁴ (p. 13).

No trabalho de campo, quatro cuidadores aceitaram compartilhar suas narrativas conosco: D. Iara, D. Jarina, Sr. Roberto e ACS Joia (nomes fictícios). A pesquisa foi feita entre os meses de julho de 2018 e janeiro de 2019. Adotamos a análise etnográfica por meio das narrativas dos cuidadores, sendo as entrevistas transcritas e analisadas conforme o referencial antropológico. O método etnográfico tem dois pressupostos: o “afastamento do etnocentrismo” e a “relativização”. As condições para o pesquisador são as seguintes:

[...] contatar os pesquisados (os “nativos” das pesquisas em saúde, usuários de serviços de saúde, trabalhadores ou gestores da saúde, entre outros) e despir-se de seus preconceitos e valores para compreender os de outros¹⁵. (p. 100)

O trabalho foi avaliado pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e a ele foi concedida a carta de anuência, sendo posteriormente avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, e está de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016, que regulamentam a pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. O parecer foi de aprovação com o CAEE 87206318.0.0000.5016.

Resultados e discussão

Três dos quatro cuidadores entrevistados vivem no território de abrangência da ESF S52, sendo que uma delas é ACS da equipe, e apenas uma cuidadora, D. Iara, mora fora da área. A maioria das entrevistas ocorreu na casa dos cuidadores durante visita domiciliar. Em todas as narrativas, as ACS da equipe acompanharam a pesquisadora. No momento da pesquisa, a violência na comunidade estava muito intensa e por isso a pesquisadora-médica evitou fazer visitas sozinha. Alguns usuários sugeriram à equipe que evitassem estar nas ruas do bairro e fazer visitas. Em mais de uma ocasião, no período da pesquisa, a unidade de saúde foi fechada mais cedo e, em uma ocasião específica, não pode funcionar o dia todo.

D. Jarina conta que aprendeu a cuidar com sua avó e que ela, sua avó, sua mãe, um tio-avô e um tio foi herdaram esse dom de sua bisavó. O antropólogo Laplantine¹⁶ afirma que o mais comum é que o dom de cura seja dado aos homens da família, o que não acontece nesse caso. D. Jarina complementa, parecendo justificar-se: “É porque lá no interior não tem Medicina e a gente se cuida com coisas do mato.” Além de aprender com a bisavó, ela tinha um “velho”, como ela chama, que a acompanhava e orientava.

Outra referência de cuidador popular na comunidade é o Sr. Roberto, cujo dom parece ter sido adquirido após um “baque”, como ele chama, quando estava na mata cortando árvores no interior do Amazonas. O dom de cuidar surge após uma doença de iniciação como fala Helman⁷. Nesse baque, o espírito de uma pessoa surgiu e o guia até hoje:

É, foi da noite pro dia. Eu não sabia nada disso, sabia muito era de bebida, bebia muito... eu disse, para eu começar isso, foi um baque que peguei nas costas à noite, passei 12 horas sem sentido [...] aquilo dizendo para nunca trabalhar até tarde, só umas 17 horas porque tudo quanto era de mau tava passando por aí. Aí ele me dizia que isso era uma brincadeira que fizeram comigo. Mas era pra mim... Que não ia morrer... do baque; ia viver até 1980. É. E você vai curar muita gente mesmo, mas não cobre! (Sr. Roberto)

A ACS Joia responde quando pergunto se o dom é desde criança: “Não sei, não sei... às vezes, eu ia no campo com meu pai pegar gado, aí eu enxergava as árvores pegando fogo [...] Só eu via.”

Nonato, estudando os cuidadores populares de Parintins, interior do Amazonas, relata: “Não há escolas que instruem a pegar ossos, a partejar, benzer e curar, sendo isso realmente um dom particular de cada indivíduo ligado totalmente a forças mágicas e encantadas”¹⁷ (p. 15). D. Iara explica que aprendeu sozinha:

A senhora sabe que não tenho estudo, não, só sei mal assinar meu nome. Mas a senhora acredita em dom que Jesus dá? Então, eu sou uma delas. Olha, o dom de puxar, com 7 anos eu já pegava dismintidura. Já, eu já nasci preparada com tudo. (D. Iara)

Todos reconhecem ser um dom a prática de cuidar e sendo um dom, dado por Deus, não se pode cobrar, tal como o espírito do Sr. Roberto falou. Ensina D. Iara:

Porque, assim, os dons preciosos que Jesus te dá, a palavra de Deus diz assim “Dá, Eu te dei de graça, de graça tu vai receber”, entendeu a palavra? [...] E a palavra de Deus ainda diz mais assim, (pra mim, não sei se fala pra vocês) que tudo vai ser cobrado naquele grande dia. Olha, eu não tenho permissão de cobrar nada de ninguém. (D. Iara)

Marcel Mauss explica que, por meio das trocas entre os indivíduos, surgem as regras de convívio social, de direito e de moral, sendo que o “objetivo é produzir um sentimento de amizade entre as pessoas envolvidas”¹⁸ (p. 211), conectar e criar redes. Os bens trocados e os presentes dados e que devem ser retribuídos permitem a troca de almas, pois “misturam-se as almas nas coisas, misturam-se as coisas nas almas [...] Misturam-se as vidas e, assim, as pessoas”¹⁸ (p. 212). Para Mauss¹⁸, presentamos nossa alma, ou maná. Com nossos cuidadores, a dádiva recebida de seus espíritos protetores (o “velho” de D. Jarina, o “espírito de um homem” do Sr. Roberto e Deus para D. Iara e ACS Joia) é o dom de cuidar e, com esse dom, vem a obrigação de retribuir, cuidando sem cobrar e sem recusar ninguém.

Godbout *et al.*¹⁹ falam que “a dádiva não é uma coisa, mas uma relação social” (p. 16) por excelência. Ao receber uma dádiva, a pessoa fica devedora de quem deu a dádiva e deve retribuir, surgindo assim o sentimento de obrigação. O dar e retribuir dádivas cria um círculo de relações interpessoais, com as trocas alimentando as ligações estabelecidas. A primeira dádiva que recebemos é a vida! Tudo começa com a vida que nos é dada gratuitamente e o que mais trocamos entre nós, seres humanos, é a palavra, o discurso. Durante as rezas e orações, a palavra é dada como dádiva ao pedir pela cura, ao implorar melhora. Pela palavra, obtém-se a graça desejada. Joia, ao falar sobre a mãe em fase terminal, explica que:



[...] era eu que prendia porque eu orava mesmo, eu chorava nos pés de Deus mesmo, eu chorava pedindo e clamando, sabe? Aí eu sonhei com isso e foi quando eu mudei minha oração e disse assim: “Senhor, seja feita a Tua vontade”. Eu via que a minha mãezinha tava sofrendo muito, né? E foi quando Deus levou, foi rápido. (Joia)

Ter o dom significa, segundo os cuidadores, resignar-se à vontade de Deus e não fazer o que achamos melhor ou o que desejamos, mas o que Ele determina. Mesmo nomeando como “velho” ou “espírito”, todos creem em Deus e o reconhecem como responsável pelo seu dom. D. Jarina afirma: “Os remédios que eu faço é tudo da graça de Deus. Eu peço ajuda a Deus e a Nossa Senhora, as minhas protetoras, e aí faço aquele remédio”. Para D. Iara:

O dom da Medicina é um e o dom que Jesus dá é outro. Mas nada nessa terra se compara com o dom que Deus dá. Nada, nada, nada, nada, de jeito nenhum. O dom que Deus lhe dá é uma inteligência incomparável. (D. Iara)

A maneira que cada cuidador tem para cuidar, o que envolve, por exemplo, saber que remédio ou chá preparar, é própria, estando a magia do ato implícita nas falas. Paula Monteiro²⁰ fala sobre a impossibilidade de separar magia e religião. Já Mauss¹⁸ diz que o maná é a fonte comum entre elas. Esse autor, ao falar das qualidades que tornam uma pessoa mágica, explica que “não é mágico quem quer” (p. 63)¹⁸ e que o indivíduo pode já ter nascido com essas qualidades (dom inato) ou adquiri-las, como já descreve Helman⁷. Esclarece ainda que:

[...] a alma do mágico é essencialmente móvel e desligada do corpo [...] sendo, muitas vezes, escoltado por um certo número de auxiliares, animais ou espíritos, que não são senão seus duplos ou almas exteriores⁷. (p. 71-2)

Sr. Roberto explica – preferindo o gravador desligado – que:

Vejo uma pessoa, como um homem, sempre a mesma pessoa, e ouço. Um ou outro. Ele vem me buscar, aparece carro para me levar e trazer onde eu tenho que ir curar. Quando no interior, eu largava tudo, roça, tudo e ficava como dormindo, saía falando diferente, as pessoas viam. Ia pra rede e fica como dormindo, mas não dormia, não comia, nem bebia, só viajando com eles e curando. Já fui inté pro Japão com eles – era um corredor comprido e, no final, disseram que tava no Japão, um campo grande, bonito. O rio, conheço todo deles me levarem para curar. (Sr. Roberto)

Sr. Roberto explica que a viagem é só em espírito e o corpo fica. “E não cansa?”, indago. “Sim, por isso por briguei com eles e não vou mais”. “E não pode ir mais?”. Dá de ombros e sorri. “Fico muito cansado, não descanso”. Parece haver uma certa negociação com o espírito que o guia. Sr. Roberto tem oitenta anos e o espírito que o



curou na mata, há muitos anos, quando lhe deu o dom, disse: “você vai curar gente, vai curar criança e se você passar de oitenta, vai viver muito tempo”.

Joia chama de “luzinha” o que vê:

Era a luzinha da criança, já não aparecia mais. Porque, se você faz as orações, você enxerga aquela luz assim, no final, a gente ora sempre de olho fechado, né? A gente enxerga aquela luz assim quando tá bem próximo aquela luz que a pessoa está forte. Mas quando a pessoa já tá perto de ir, a luz fica longe. (Joia)

Para Mauss, há três formas de uma pessoa se tornar mágica: “por revelação, por consagração e por tradição”¹⁸ (p. 77). Sr. Roberto passou por um acidente que chama de “baque”, momento em que teve sua revelação. Joia é considerada mágica, detentora de um poder especial diante de suas companheiras de trabalho.

Paula Monteiro²⁰ descreve como trabalho do antropólogo saber qual o sentido da crença na magia, o que a magia diz sobre o mundo, que sistema simbólico utiliza e como é capaz de intervir na ordem social. Monteiro explica que a magia não separa o mundo visível do sobrenatural e é sempre uma criação fundada na coletividade. Afinal, o rito só tem sentido e eficácia porque é a sociedade, que lhe empresta sua força, falando por meio do mágico. Segundo Levi-Strauss²¹, a crença em monstros traz a doença para o interior do espírito, enquanto os micróbios é algo exterior. O mágico/xamã fornece uma linguagem ao doente que lhe permite exprimir estados não formulados. A doença instaura o caos na vida da pessoa enquanto o ritual de cura popular a ressignifica, tornando possível a cura.⁵⁻⁷

Uma preocupação importante nas narrativas é o temor de ser visto como alguém que faz o mal, que faz macumba ou feitiço. Algumas dessas experiências de preconceito são relatadas como vindas da própria equipe de saúde, principalmente da categoria médica. Esse medo foi o que impediu a participação de uma das cuidadoras referidas pela comunidade, D. Lu, que confessou que a Medicina sempre discriminou o cuidado popular e que não queria que outras pessoas além de mim e daqueles de quem cuida soubessem de seu dom ou a julgassem. D. Iara confessa que “os médicos não acreditam nestas coisas, né, [...] são coisas que estão assim abafadas, que a Medicina secou tudo.”. D. Jarina diz que, antes de aceitar contar sua experiência, foi se aconselhar com uma vizinha por medo: “Será que a doutora não quer me pegar em alguma falha?”.

D. Jarina já sofreu com o preconceito e a discriminação do seu dom na própria família e confessa que seu irmão (mesmo sabendo que os avós, a mãe e ela curavam):

[...] jogou umas coisas minhas fora, sei que matou minhas forças! Aquilo ali era a força que eu tinha que já vinha dos avós dela [avós da mãe]! Aí ele chegou um dia lá e disse que eu tava fazendo macumba para ele porque eu acendi umas velas lá no pé do coqueiro. Neste dia, ele até me bateu! E foi entrando dentro de casa e jogando as coisas fora, foi quebrando tudo, foi santo, jogou minhas cumbucas de coisa de rezar, ele matou minhas forças! Eu não sou macumbeira, não! Tinha minhas orações! Eu tenho minhas orações que eu me apego. (D. Jarina)

Mauss¹⁸ explica que os presentes têm *taonga*, estando ligados à pessoa a que pertenciam; *taonga* está ligado ao clã de origem e deseja voltar à terra e ao clã ao qual pertencia originalmente. Por meio desses presentes com *taonga*, transporta-se o maná da pessoa. Para os melanésios, as coisas inanimadas e os vegetais têm *hau* ou vento/alma (em latim), enquanto apenas os homens e os espíritos possuem maná. D. Jarina fala dos espíritos que recebeu de sua mãe por meio dos santos e cumbucas, suas coisas de rezar. Esses objetos tinham *hau*. Era graças a esses presentes que vinham de geração em geração que era transmitido o *maná* de sua família. Ao quebrá-los, seu poder diminuiu muito, não sendo possível mais rezar. Depois de quebrado, não há mais como recuperar seu dom, seu *maná*: “Volta não, o que quebrou, quebrou, volta não. Acabou, queimou!”

Durante o trabalho de campo, percebia que Sr. Roberto e D. Jarina falavam em rezar, mas D. Iara dizia que orava. A ACS Lua esclareceu que evangélico ora, enquanto os católicos rezam. D. Jarina e Sr. Roberto são católicos e ACS Joia e D. Iara são evangélicas. D. Jarina, no entanto, deixa claro que não sabe rezar como sua mãe: “É, eu rezo, mas é fraco. Mamãe é que era boa de reza. Mamãe reza dor de dente, dor de barriga, quebranto”. Para D. Iara, não é preciso falar nada ao orar: “Nada, nadinha, nada disso, não é preciso cantar nem rezar porque cada um tem seus dons. Eu sou uma pessoa que só oro.”

Para Sr. Roberto, o dom não se pode recusar e não há hora para adoecer; assim, ele reza quando precisarem:

Eles me procuram mais quando a criança tá ruim, tá assim atravessada, aí eu rezo e pego e ponho no lugar certo. Aí não falta gente lá em casa, é de manhã, de noite, meio-dia, sábado. Porque tem gente que não reza sábado. Porque toda hora que chega, de noite, se chegar de noite, eu rezo. (Sr. Roberto)

Outra ACS, Amor, conta que, às vezes, a avó não conseguia terminar de rezar uma criança:

E esse negócio que o pessoal fala, de quebranto, criança, né? A minha avó, ela fazia isso, ela rezava e aí, por exemplo, ela tivesse rezando e ela esquecesse a reza, ela tentava três vezes, se ela não conseguisse... era porque não ia dar jeito, a criança ia morrer. (Amor)

Quando tentaram matar D. Iara, ao levá-la para o interior, percebeu que não podia cuidar de algumas pessoas “Porque as outras duas pertenciam à magia negra e Deus não deixou que eu botasse minha mão.” Sr. Roberto esclarece que “Tem doença pesada que tira muito da gente, adocece.” e relembra de uma criança que trouxeram para rezar:



Uma vez chegou uma senhora com uma criança, ela tinha parece que uns dois anos, eu fiquei até com medo depois, ela chegou com uma menina no braço, eu tentei orar, mas não tinha mais jeito! Aí eu virei pra ela, fiquei assim, e disse “Olha, não vou mais rezar esta menina não! Infelizmente, que ela já tá nas mãos de Deus. E o senhor, talvez não chegue nem onde vocês estão morando.” E eles tavam de carro. Depois fiquei pensando... mas tem que falar mesmo, porque depois vão dizer que eu falei que ia ficar bom e morre, vão dizer que eu tô enganando. Não passou nem um mês, chegaram lá, essa mesma pessoa, eu nem conhecia, eu nem conheço, e disseram que trouxeram “esta neném aqui pro senhor rezar”. “Eu sou aquela que o senhor falou que não ia dar tempo nem chegar em casa, e morreu antes de chegar em casa mesmo...” (Sr. Roberto)

Três dos quatro cuidadores acompanhados também têm o dom de partejar, e duas dessas dizem que o dom de cuidar veio primeiro. O Sr. Roberto é reconhecido pela Comunidade como parteiro, que descobriu o seu dom quando realizou o parto da sua primeira filha em casa com outras parteiras:

Mas as parteiras maltrataram muito ela. E tinha um senhor lá, era até colombiano. Ela ficou lá, deitada. Ele disse: “rapaz, ela não vai ter hoje não. Ela vai dar dois acessos, este primeiro que parece que vai ter mas ainda não vai ter. Quando for lá pras 10 horas da noite, ela vai dormir e quando for lá pras 3 horas da manhã, ela vai ter, é que a criança vai nascer”. Acertou tudinho! Anoteceu, deu umas 10 horas, ela ficou deitada, dormiu, deu umas 3 horas e a menina nasceu. Aí, aquilo me chamou a atenção. Eu tinha uma conhecida que ela tinha um livro... desses que estuda pra ser parteira, aí eu peguei aquele e comecei a ler, aí, fui aprendendo. (Sr. Roberto)

O assunto partejar rende com Sr. Roberto, que ajudou a parir muitos meninos, tanto no interior do Amazonas, em Santa Isabel do Rio Negro, quanto na capital Manaus. Sr. Roberto fez o parto de oito dos nove filhos que teve, sendo que somente o primeiro foi realizado por uma parteira. É com orgulho que seu filho Roberto Filho fala que o pai sabe o tipo de parto, o dia e até a hora que a mulher vai ganhar bebê.

D. Jarina aprendeu a fazer partos no interior do Piauí na época em que era dona de uma casa de entretenimento, mas o que chama de “purgante” para as mulheres beberem após o parto:

[...] eu já conhecia e aí eu dava pra alimpar o útero da pessoa, né? Aí, se a pessoa ficava muito machucada, de muita dor e tudo, eu fazia de mastruz. Pega mastruz, batia, tira o sumo e dava com leite pra pessoa ir tomando e acabar com aquelas dores. (D. Jarina)

D. Iara conta sobre o primeiro parto que fez por necessidade, quando morava no interior. Ela tinha 14 anos e estava só com a cunhada quando as dores começaram:



[...] e só tava eu e minha cunhada em casa e na hora que deu a dor e aquilo, Deus clarou a minha vida assim e foi meu primeiro parto que eu tive, com ela. Aí, Deus clareou, aí ela botou a placenta, era um menino muito bonito. Arrumei ela primeiro, depois que fui arrumar o bebê. Eu cortei o imbigio, esterelizei a tesoura, puxei o cordão do imbigio, porque a gente tem que puxar para sair aquele líquido para não dar ruptura no imbigio; aí você corta três dedos, vira e amarra. Dá o banho, pronto, acabou o bebê, o bebê tá saudável. E com 3 dias cai. (D. Iara)

Schweickardt *et al.*²² comentam que

o reconhecimento do partejamento, enquanto ato do cuidado, enquanto rede viva, passa pela afirmação de um saber que tem ligações com a tradição, com o sagrado, com as tecnologias do cuidado e com as formas de se organizarem nos territórios. (p. 135)

A ESF e os cuidadores populares no mesmo território têm colaborado com uma cogestão do cuidado, aproximando as práticas dos dois modos de realizar o cuidado em saúde. A partir desse diálogo, algumas pessoas têm procurado a ESF para pedir orientação sobre os cuidadores. Outros são encaminhados aos cuidadores pela equipe de saúde. Um senhor que vinha em acompanhamento na ESF por dor no ombro foi orientado pela médica a procurar D. Iara, que “costurou a rasgadura” em seu ombro e explicou o problema que, mais tarde, ao fazer um exame de imagem, revelou o que D. Iara já havia percebido. Ensina D. Iara: “Eu peguei sebo de Holanda, óleo de máquina, uma Anador® e uma Cibalena®. Aí, pisei tudinho, fiz uma mafuá e fiz a massagem.”

As gestantes costumam primeiro procurar D. Iara ou o Sr. Roberto para depois pedir a ultrassonografia de confirmação do sexo do bebê. Segundo os cuidadores, o exame serve apenas para confirmar o que já sabiam, pois não erram ao identificar o sexo das crianças. O espírito que guia Sr. Roberto o orienta:

Aí, quando é mulher que vem ver se está grávida, aí é a mesma coisa, eu rezo e a pessoa [espírito] vem e me ensina se tá, se não tá, se daqui a mais um mês. Aí quando é pra já ter o neném, a mesma coisa. É o mesmo que a pessoa vir assim... com a médica, fazer pré-natal, é a mesma coisa. Vem bem no comecinho, acompanho, mesma coisa. (Sr. Roberto)

Quando adoce, Sr. Roberto procura à ESF e à D. Iara. Há poucos meses caiu e machucou o braço e a equipe o acompanhou com todos os recursos disponíveis, mas a melhora foi muito lenta. Uma das ACS da ESF conseguiu falar com D. Iara, que o visitou e cuidou do braço, melhorando logo em seguida. Ela nos ensina:

Porque são os remédios da terra que sara, eles são melhor do que um gesso que a senhora coloca na perna. Se a senhora tiver uma fratura aqui, na sua mão e a senhora não quiser engessar, a senhora pegue e bote uma farinha dessas, bote 2 colheres num papeiro, rale limão e carvão, pile e bote ali dentro. Bote água e a senhora vai fazer uma papa de farinha. Acabar, esfrie, bote numa atadura e a senhora pode emplastar assim, toda noite. Isso emenda o osso que precisa ver como é que fica e não deixa sequela nenhuma. (D. Iara)

D. Jarina ensina à sua ACS um remédio para artrose com banha de cobra sucuri e mel (figura 2): “mas boa mesmo é a de cascavel”. Para a médica da equipe que está gripada, prepara uma garrafada (figura 3) para cheirar e desentupir: “Aqui tem casca de laranja, coronha, imbiriba, canela e... semente de imburana”.



Figura 2. Banha de cobra e mel

Fonte: Naila Feichas, 2018.



Figura 3. Garrafada

Fonte: Naila Feichas, 2018.

Considerações finais

A proposta de dialogar com os cuidadores, referência na comunidade União, foi o que impulsionou este trabalho. Foi revelador saber quem são e como são as suas formas de cuidar. Por outro lado, trazer esses aprendizados ao mundo biomédico também significou muito porque essas e outras cenas de cuidado estão em qualquer território de ação das equipes de saúde. Generosamente, os cuidadores permitiram mapear e descrever suas vivências.

O cotidiano se constitui em saber, que tem práticas e pensamentos que organizam a lógica da vida e produzem vida, produzem cuidados. O encontro dos saberes se faz na possibilidade de troca e de convívio, considerando o outro como efetivamente sabedor das coisas e não simplesmente como um informante de coisas para um eu-que-sabe²². (p. 132)

Fazer a cogestão do cuidado na comunidade União e compartilhar com os cuidadores o acompanhamento do nascer e do viver permitiu à equipe dar abertura a outras formas de cuidar e repensar nossa prática. A pesquisa gerou na equipe um processo de análise sobre as potencialidades nos modos de ser e de agir no território. Desse modo, cada pessoa se desterritorializou a partir do encontro com o outro, sendo que esse outro também estava na própria equipe de saúde. A pesquisa desenvolvida na comunidade iniciou com esse projeto, mas continuará produzindo sinais no cotidiano do cuidado. Parafraseando Merhy *et al.*¹⁴, este é o perfil provisório das narrativas coletadas até o momento. Importante dizer que a pesquisa se fez por meio de um processo de educação permanente, em que a relação ensino-serviço estava se produzindo em ato, ou seja, todos eram pesquisadores de si e de seu processo de trabalho.

A aprendizagem acumulada na pesquisa permite recomendar que a formação profissional, particularmente quando se trata da MFC, tenha mais contato com os saberes e as práticas tradicionais, seja pelo estudo e pesquisa em territórios concretos, seja pelo reconhecimento destes como pontos de contato das pessoas quando buscam o tratamento de seus males e percursos para a produção de suas saúdes. Essa recomendação inclui a produção ativa dessas conexões, na medida em que a racionalidade médica que está vigente no nosso meio inclui a desvalia dessas práticas e saberes como parte do cuidado. Reconhecer os cuidadores tradicionais existentes nos territórios também permite que as práticas oficiais, dos profissionais e dos serviços do sistema de saúde vigente produzam conexões com as redes vivas que operam no cotidiano. Por certo, como a pesquisa descreveu, não há esvaziamento dos saberes biomédicos e das práticas oficiais, mas a expansão da capacidade de produzir saúde como ação para prevenir e tratar doenças e expandir a potência da vida de cada pessoa sob cuidado, incluindo os trabalhadores.

Agradecimentos

Gratidão às ACS Marias – Aparecida, Denise, Joana e Livramento –, guias e parceiras no caminhar pela comunidade e pela vida. Eterna gratidão aos cuidadores populares que compartilharam conosco suas vivências e afetos.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).





Referências

1. Silva KL, Moebus RLN, Ferreira VL. Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 91-5. (Livro 1).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 849, de 28 de Março de 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à política nacional de práticas integrativas e complementares. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Schweickard JC, Lima RTS, Ferla AA, Martino A. O “Programa Mais Médicos” e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. Saude Redes. 2016; 2(3):328-41.
5. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Lat Am Enfermagem. 2010; 18(3):459-66.
6. Schweickardt JC. Magia e religião na modernidade: os rezadores de Manaus. Manaus: EDUA; 2002.
7. Helman CG. Cultura, saúde & doença. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
8. Oliveira FJA. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 81-94.
9. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TB, Merhy EE, organizadores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-71.
10. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulg Saude Debate. 2014; (52):153-64.
11. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: indicadores de bairros – região Norte [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 4 Feb 2018]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>
12. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Tematicas. 2014; 22(44):203-20.
13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesqui Qual. 2017; 5(7):1-12.
14. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. (Políticas e cuidados em saúde / livro 1).
15. Nakamura E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. Saude Soc. 2011; 20(1):95-103.
16. Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
17. Nonato AAMPL, Alves EN, Anselmo Filho S. Entre o rural e o urbano: modos de viver a velhice em Parintins. Rev Eletrônica Mutações. 2016; 7(3):195-209.
18. Mauss M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac & Naify; 2003.



19. Godbout JT, Caillé A. O espírito da dádiva. Rio de Janeiro: FGV; 1999.
20. Monteiro P. Magia e pensamento mágico. 2a ed. São Paulo: Ática; 1990.
21. Lévi-Strauss C. Eficácia simbólica. In: Lévi-Strauss C. Antropologia estrutural. São Paulo: Cosac Naify; 2008. p. 201-20.
22. Schweickardt JC, Martins FM, Schweickardt KHSC. Epistemologia do cuidado pelas lentes do tradicional: saberes de parteiras e rezadores. In: Schweickardt JC, Albuquerque R, Ferla AA, Guimarães MCS, organizadores. Divulgação e jornalismo científico em saúde e meio ambiente na Amazônia. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 130-40.

Traditional healing practices emerge in people's daily lives in different forms: massages, teas, prayers, and practices known in the region as "puxação" and "garrafadas". This study aimed to promote an interaction between the Family Health Strategy and the popular care that occurs in a community in the city of Manaus, Northern Brazil. It is an ethnographic research with reports provided by four popular caregivers identified by the community agents of the Family Health Strategy territory. The caregivers narrated their experiences, their initiation in the care practice and their "specialties" in this process. Some caregivers developed childbirth activities through the technique of "pegar menino" and "puxar barriga" (catching the boy and pulling the belly), while other caregivers only prayed. During the study, the health team gradually developed dialog strategies with the community and the popular caregivers, in order to overcome prejudices that hinder the intercultural dialog and a collaborative relationship in the care provided for people in the territory.

Keywords: Family Health Strategy. Traditional medicine. Healthcare.

Las prácticas tradicionales de cura se presentan en el cotidiano de las personas de diversas formas: "puxação", masaje, infusiones, "garrafadas", rezas. La propuesta del presente estudio fue producir un diálogo entre la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y el cuidado popular que ocurre en una comunidad de Manaus. Se trata de una investigación etnográfica con el relato de cuatro cuidadores populares identificados por los comunitarios del territorio de la ESF. Los cuidadores narraron sus vivencias, iniciación en la práctica del cuidado y sus "especialidades" en tal proceso. Algunos cuidadores también desarrollaban actividades de parteros por medio de la técnica de "pegar menino" y "puxar barriga" mientras que otros solamente rezaban. Durante la investigación, el equipo de salud fue desarrollando estrategias de diálogo con la comunidad y con los cuidadores populares, buscando superar posibles prejuicios que dificultan el diálogo intercultural y una relación colaborativa en el cuidado de las personas en el territorio.

Palabras clave: Estrategia Salud de la Familia. Medicina tradicional. Atención de la Salud.


Submetido em 10/09/19.
Aprovado em 27/06/20.

Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência

Professional Primary Healthcare practices in senile dementia care (abstract: p. 18)

Prácticas de profesionales de la Atención Primaria de la Salud en el cuidado de ancianos con demencia (resumen: p. 18)

Ellen Mara Braga Reis Malta^(a)

<ellenmara.reis@hotmail.com> 

Diego Dias de Araújo^(b)

<diego.araujo@unimontes.br> 

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito^(c)

<maria.brito@unimontes.br> 

Lucineia de Pinho^(d)

<lucineiapinho@hotmail.com> 

^(a) Pós-graduada do Mestrado Profissional em Saúde da Família (mestrado), Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, s/n., Vila Mauricéia, sala 209, prédio 6. Montes Claros, MG, Brasil. 39401-089.

^(b) Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, Departamento de Enfermagem, Unimontes. Montes Claros, MG, Brasil.

^(c, d) Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, Departamento de Saúde Mental e Coletiva, Unimontes. Montes Claros, MG, Brasil.

O artigo analisa as práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. Foi conduzido um estudo transversal e analítico, na Atenção Primária de municípios do norte de Minas Gerais, Brasil. Aplicou-se o instrumento Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica, nas versões para médicos e enfermeiros. Dos 316 participantes, 138 eram médicos e 178, enfermeiros. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre tempo de experiência profissional no serviço e participação em atividade de capacitação em demência (médico $p = 0,026$; enfermeiros $p = 0,049$) e entre a formação dos profissionais e participação em atividade de capacitação em demência (médico $p = 0,028$; enfermeiro $p = 0,003$). Constatou-se uma prática incipiente de médicos e enfermeiros da APS no cuidado a idosos com demência, apontando para a necessidade do desenvolvimento de estratégias educativas de modo a qualificar a assistência.

Palavras-chave: Demência. Profissionais de saúde. Atenção Primária à Saúde.

Introdução

O fenômeno de envelhecimento da população é mundial e estima-se que, até 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos¹. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira e, entre estes, existe uma importante parcela de portadores de alguma doença crônica não transmissível (DCNT), além daqueles que, mesmo sem doença, já apresentam alguma limitação funcional².

Entre os idosos, a demência é uma das principais DCNT e pode causar incapacidade e dependência³. A demência cursa com deterioração dos domínios cognitivos, transtornos de comportamento e prejuízo funcional⁴ e é o tipo mais comum e mais grave de comprometimento da função cognitiva⁵. Nas Estimativas de Saúde Global de 2016, da Organização Mundial da Saúde (OMS), as mortes devido às demências mais que dobraram entre 2000 e 2016, o que elevou a demência à posição de quinta causa de mortes no mundo em 2016⁶. Em países como a Inglaterra e País de Gales, a demência já se constitui na principal causa de morte⁷. Para a média dos países da América Latina, a taxa de prevalência de demência foi de 7,1%⁸. A prevalência desse agravo no Brasil varia de 5,1% a 17,5%⁹.

A APS constitui-se em um contexto privilegiado para o cuidado da pessoa idosa com demência. Nesse cenário, espera-se uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce para detecção de distúrbios cognitivos, do comprometimento da funcionalidade e de suas complicações¹⁰. Para tanto, os profissionais de saúde devem estar qualificados para o atendimento ao paciente com demência e aos seus cuidadores. Estratégias para qualificar o cuidado ofertado aos idosos pelos profissionais de saúde podem incluir educação continuada, como a residência, cursos de especialização *lato sensu* e *stricto sensu* e a Educação Permanente¹¹.

As evidências para desenvolver uma resposta de saúde eficaz nesse padrão de doença e envelhecimento das populações precisam ser produzidas pelos serviços de saúde¹². O conhecimento sobre o cuidado à pessoa idosa com demência pode contribuir para subsidiar políticas públicas para a promoção da qualidade de vida dessa população. A investigação sobre as práticas do cuidado primário à demência ainda são incipientes no cenário nacional, especialmente no norte de Minas Gerais. O objetivo deste estudo foi analisar as práticas de médicos e enfermeiros da APS no cuidado a idosos com demência.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal e analítico realizado na APS dos municípios-polo de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros. Assim, foram estabelecidos como cenários os municípios-polo de Montes Claros, Taiobeiras, Salinas, Pirapora, Janaúba, Porteirinha, Coração de Jesus e Bocaiúva.

A pesquisa foi realizada com médicos, médicos residentes, enfermeiros e enfermeiros residentes que atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF) desses municípios. No período de realização do estudo, entre os meses de março e outubro de 2018, a Atenção Primária dos municípios era composta por 274 equipes de ESF, totalizando aproximadamente

274 profissionais médicos e 274 profissionais enfermeiros do quadro de funcionários desses municípios, além de 122 residentes médicos e 15 residentes enfermeiros. Foram utilizados como critérios de inclusão ser profissional atuante na APS e, de exclusão, estar em afastamento das atividades laborais por qualquer motivo e/ou em período de férias.

Foi utilizado um questionário que contemplava as características sociodemográficas e econômicas – sexo (feminino ou masculino), cor da pele autodeclarada (branca, negra, parda ou amarela), estado civil (casado/união estável, solteiro ou separado/divorciado) e renda (menos que 5, 5 a 10 ou mais de 10 salários mínimos) –, de formação – tempo de graduação (menos de 5, 5 a 10 ou mais de 10 anos), escolaridade (graduação, especialização, residência ou mestrado/doutorado) e estar cursando residência em Saúde da Família (sim ou não) – ocupacionais – vínculo profissional (contratado, efetivo, residência ou outros), tempo na ESF (menos de 5, 5 ou mais anos) e tempo na equipe atual (2 ou mais de 2 anos) – e práticas dos profissionais em relação ao cuidado do idoso com demência. Para tanto, foi aplicado o instrumento Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica” nas versões para médicos e enfermeiros¹³, adaptados para o contexto brasileiro¹⁴.

O instrumento é composto por questões abertas e fechadas, 28 no formato para médicos e 16, para enfermeiros, relacionadas ao rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com demência¹⁴. Não se trata de um questionário baseado em respostas corretas e incorretas¹⁴, mas sim de um meio de se conhecer a prática dos profissionais no atendimento de pacientes com demência. Nesse estudo, avaliaram-se as variáveis agenda específica para atendimento em idosos (sim ou não); considerar necessário realizar capacitação em demência (sim ou não), percentual de idosos entre os pacientes (menos de 10%, 10 a 14%, 15 a 19% e 20% ou mais); número de consultas/mês a pacientes com demência (nenhuma, menos de 10, 10 ou mais); sinais e sintomas usados para suspeitar de uma possível demência (sintomas psicológicos e comportamentais, comprometimento cognitivo com e sem alterações da memória, comprometimento das atividades de vida diária); testes utilizados para avaliar a função cognitiva (Miniexame do Estado Mental (MEEM), Avaliação Cognitiva-Funcional Global, Teste de Fluência Verbal, Teste do Desenho do Relógio); testes para avaliar capacidade funcional (Testes de Pfeiffer, Katz e Lawton); programa visitas para acompanhamento de pacientes com demência (sim, não), se são encontradas dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave (sim ou não); e frequência de acompanhamento para o cuidador (nunca, raramente, às vezes ou frequentemente).

Os questionários foram aplicados pelos pesquisadores e alunos de Iniciação Científica por meio de visitas *in loco* em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em reuniões previamente agendadas e pactuadas com as gestões. Para os profissionais que não foram localizados nas visitas, o instrumento foi enviado por e-mail.

Na análise dos dados, utilizou-se o *software* IBM – SPSS, versão 20.0. Para análise estatística descritiva das variáveis sociodemográficas, econômicas, de formação e ocupacionais, utilizaram-se as frequências absolutas e relativas. Para a análise comparativa entre práticas de médicos e enfermeiros; e para verificar a associação entre o tempo de experiência profissional na ESF e práticas de médicos e enfermeiros e entre formação e as práticas no cuidado às demências, foi utilizado o teste Qui-Quadrado, com nível de significância de 0,05.

O estudo foi conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o parecer n. 2.483.632.

Resultados

Participaram deste estudo 316 profissionais, sendo 138 médicos e 178 enfermeiros. A taxa de resposta foi de 46,13%. Em ambas as profissões, a maioria dos participantes era do sexo feminino, sendo 65,2% entre os médicos e 84,8% entre os enfermeiros. A média de idade foi de 32,4 anos ($\pm 7,5$) para médicos e 33,4 anos ($\pm 5,9$) para enfermeiros. Quanto ao tempo de formação, a média foi de 5,7 anos ($\pm 7,1$) para médicos e 8,3 anos ($\pm 4,3$) para enfermeiros, sendo que 65,7% dos médicos possuíam menos de cinco anos de formação, enquanto os enfermeiros (47,1%) possuíam entre cinco e dez anos de formados. O maior nível de escolaridade entre os médicos foi a graduação (44,2%); já entre os enfermeiros, foi a especialização (54,2%). Em relação ao tempo de experiência na ESF, os médicos apresentaram uma média de 4,3 anos ($\pm 4,5$) e os enfermeiros, 6,5 anos ($\pm 7,9$). Destaca-se também que em ambas as profissões o vínculo profissional foi o contrato, representando 88,3% entre médicos e 84,5% entre enfermeiros. Já o tempo na equipe atual de ESF foi em média 2,2 anos ($\pm 3,4$) para médicos e 2,7 ($\pm 3,1$) para enfermeiros (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos médicos e enfermeiros da APS (n = 316)

Variáveis	Médicos n (%)	Enfermeiros n (%)	Total n (%)
Sexo			
Masculino	48(34,8)	27(15,2)	75(23,7)
Feminino	90(65,2)	151(84,8)	241(76,3)
Idade			
20 a 29	61(44,2)	46(25,8)	107(33,9)
30 a 39	53(38,4)	94(52,8)	147(46,5)
40 a 49	15(10,9)	22(12,4)	37(11,7)
50 ou mais	9(6,5)	16(9,0)	25(7,9)
Cor de pele			
Branca	71(51,4)	61(34,3)	132(41,8)
Negra	4(2,9)	16(9,0)	20(6,3)
Parda	61(44,2)	99(55,6)	160(50,6)
Amarela	2(1,5)	2(1,1)	4(1,3)

Continua.



Variáveis	Médicos n (%)	Enfermeiros n (%)	Total n (%)
Estado civil			
Casado/união estável	54(39,2)	105(59,0)	159(50,3)
Solteiro	75(54,3)	65(36,5)	140(44,3)
Separado/divorciado	9(6,5)	8(4,5)	17(5,4)
Renda			
Até 5 salários mínimos	7(5,1)	132(82,5)	139(46,6)
De 5 a 10 salários mínimos	82(59,4)	28(17,5)	110(36,9)
Acima de 10 salários mínimos	49(35,5)	-	49(16,5)
Tempo de graduação			
Menos de 5 anos	88(65,7)	42(24,4)	130(42,5)
De 5 a 10 anos	29(21,6)	81(47,1)	110(35,9)
Acima de 10 anos	17(12,7)	49(28,5)	66(21,6)
Escolaridade			
Graduação	61(44,2)	45(25,4)	106(33,7)
Especialização	38(27,5)	96(54,2)	134(42,5)
Residência	31(22,5)	28(15,9)	59(18,7)
Mestrado/doutorado	8(5,8)	8(4,5)	16(5,1)
Residência			
Sim	29(21,0)	36(20,3)	65(20,6)
Não	109(79,0)	141(79,7)	250(79,4)
Cursando Saúde da Família			
Sim	49(35,5)	14(8,0)	63(20,1)
Não	89(64,5)	163(92,0)	250(79,9)
Vínculo profissional			
Contratado	121(88,3)	147(84,5)	268(86,2)
Efetivo	12(8,7)	19(10,9)	31(10,0)
Residência	2(1,5)	5(2,9)	7(2,3)
Outros	2(1,5)	3(1,7)	5(1,5)
Tempo trabalho na ESF			
Menos de 5 anos	99(71,7)	85(47,8)	184(58,2)
5 ou mais	39(28,3)	93(52,2)	132(41,8)
Tempo na equipe atual			
Até 2 anos	102(73,9)	103(57,9)	205(64,9)
Acima de 2 anos	36(26,1)	75(42,1)	111(35,1)

A avaliação das práticas de médicos e enfermeiros da APS no cuidado a idosos com demência foi demonstrada na tabela 2. Observou-se que 73% do total de profissionais da APS não possuíam agenda específica para atendimento de idosos, com diferença significativa entre as categorias, sendo 81,2 % dos médicos e 66,7% dos enfermeiros ($p = 0,004$).

Entre os pesquisados, 98,1% consideraram necessário realizar capacitação específica em demência. A ausência de participação em atividades de capacitação específica sobre diagnóstico e o tratamento de demência foi relatada por 62,9%. Essas variáveis não apresentaram diferenças estatísticas entre as profissões.

Observou-se que 21% dos profissionais da APS relataram não realizar nenhuma consulta por mês a pacientes com demência e 74% realizavam menos de 10 consultas. O número de consultas por mês a pacientes com demência mostrou-se significativo entre as profissões, evidenciado por menos de 10 consultas médicas (85,5%) e menos de 10 consultas de enfermagem (65%) ($p < 0,001$).

Na avaliação dos sinais e sintomas utilizados para suspeitar de uma possível demência, observou-se que o comprometimento cognitivo com alterações da memória foi considerado por 79,9% dos profissionais e o comprometimento cognitivo sem alterações de memória, por 33,8% destes. Quanto à utilização de testes para avaliação cognitiva, 71% dos médicos utilizam o Miniexame do Estado Mental; em contrapartida, 61,8% dos enfermeiros relataram não utilizá-lo ($p < 0,001$); o teste de fluência verbal não era utilizado por 72,5% dos médicos e 84,4% dos enfermeiros ($p = 0,007$); o Teste do Desenho do Relógio não era aplicado por 65,9% dos médicos e 78,1% dos enfermeiros ($p = 0,016$); e, por fim, 21% dos médicos relataram não utilizar habitualmente testes de avaliação cognitiva, comparado a 55,1% dos enfermeiros ($p < 0,001$).

Quanto aos testes para avaliar a capacidade funcional, 73,5% dos profissionais habitualmente não utiliza nenhum teste. A dificuldade para cuidar de pacientes com demência grave foi relatada por 81,3% dos profissionais. Em relação ao acompanhamento do cuidador, 59,1% afirmaram realizá-lo nunca ou raramente.

Tabela 2. Comparação das práticas de médicos e enfermeiros da APS no cuidado a idosos com demência

Variáveis	Médicos n (%)	Enfermeiro n (%)	Total n (%)	p-valor
Agenda específica para atendimento de idosos				
Sim	26(18,8)	59(33,3)	85(27,0)	0,004
Não	112(81,2)	118(66,7)	230(73,0)	
Considera necessário realizar capacitação em demência				
Sim	135(97,8)	173(98,3)	308(98,1)	0,763
Não	3(2,2)	3(1,7)	6(1,9)	
Participa de atividade de capacitação em demência				
Sim	54(39,1)	63(35,6)	117(37,1)	0,519
Não	84(60,9)	114(64,4)	198(62,9)	

Continua.



Variáveis	Médicos n (%)	Enfermeiro n (%)	Total n (%)	p-valor
Percentual de idosos entre os pacientes				
Menor que 10%	8(5,8)	20(11,6)	28(9,0)	0,057
De 10 a 14%	22(16,1)	28(16,2)	50(16,1)	
De 15 a 19%	25(18,2)	45(26,0)	70(22,6)	
20% ou mais	82(59,9)	80(46,2)	162(52,3)	
Número de consultas/mês a pacientes com demência				
Nenhuma	12(8,7)	54(30,5)	66(21,0)	<0,001
Menos de 10	118(85,5)	115(65,0)	233(74,0)	
10 ou mais	8(5,8)	8(4,5)	16(5,0)	
Programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência				
Sim	103(74,6)	128(72,3)	231(73,3)	0,644
Não	35(25,4)	49(27,7)	84(26,7)	
Encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave				
Sim	112(81,2)	145(81,5)	257(81,3)	0,946
Não	26(18,8)	33(18,5)	59(18,7)	
Frequência de acompanhamento para o cuidador				
Nunca	27(20,8)	33(19,1)	60(19,8)	0,078
Raramente	60(46,2)	59(34,1)	119(39,3)	
Às vezes	34(26,2)	59(34,1)	93(30,7)	
Frequentemente	9(6,8)	22(12,7)	31(10,2)	
Sinais e sintomas usados para suspeitar de uma possível demência				
Sintomas psicológicos e comportamentais				
Sim	99(72,3)	135(76,3)	234(74,5)	0,419
Não	38(27,7)	42(23,7)	80(25,5)	
Comprometimento cognitivo com alterações da memória				
Sim	113(82,5)	138(78,0)	251(79,9)	0,322
Não	24(17,5)	39(22,0)	63(20,1)	
Comprometimento cognitivo sem alterações da memória				
Sim	46(33,6)	60(33,9)	106(33,8)	0,952
Não	91(66,4)	117(66,1)	208(66,2)	
Comprometimento das atividades de vida diária				
Sim	100(73,0)	115(65,0)	215(68,5)	0,129
Não	37(27,0)	62(35,0)	99(31,5)	
Testes utilizados para avaliar função cognitiva				
Minixame do Estado Mental				
Sim	98(71,0)	68(38,2)	166(52,5)	<0,001
Não	40(29,0)	110(61,8)	150(47,5)	

Continua.



Variáveis	Médicos n (%)	Enfermeiro n (%)	Total n (%)	p-valor
Avaliação Cognitiva-Funcional Global (Clinical Dementia Rating)				
Sim	26(18,8)	26(14,6)	52(16,5)	0,314
Não	112(81,2)	152(85,4)	264(83,5)	
Teste de fluência verbal				
Sim	38(27,5)	27(15,2)	65(20,6)	0,007
Não	100(72,5)	151(84,8)	251(79,4)	
Teste do Desenho do Relógio				
Sim	47(34,1)	39(21,9)	86(27,2)	0,016
Não	91(65,9)	139(78,1)	230(72,8)	
Habitualmente não utiliza				
Sim	29(21,0)	98(55,1)	127(40,2)	<0,001
Não	109(79,0)	80(44,9)	189(59,8)	
Testes utilizados para avaliar capacidade funcional				
Teste de Pfeffer				
Sim	19(13,9)	18(10,2)	37(11,8)	0,322
Não	118(86,1)	158(89,8)	276(88,2)	
Testes de Katz				
Sim	24(17,5)	30(17,0)	54(17,3)	0,913
Não	113(82,5)	146(83,0)	259(82,7)	
Teste de Lawton				
Sim	16(11,7)	21(11,9)	37(11,8)	0,945
Não	121(88,3)	155(88,1)	276(88,2)	
Habitualmente não utiliza				
Sim	96(70,1)	134(76,1)	230(73,5)	0,228
Não	41(29,9)	42(23,9)	83(26,5)	

Na análise entre tempo de experiência profissional na ESF e práticas de médicos e enfermeiros da APS no cuidado às demências, foram observadas associação estatisticamente significativa para a participação em atividade de capacitação em demência (médico $p = 0,026$; enfermeiros $p = 0,049$) e dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave ($p = 0,006$) entre os médicos. Observou-se que 66,7% dos médicos e 71,8% dos enfermeiros com menos de cinco anos de experiência profissional na ESF não participavam em atividades de capacitação em demência. Entre os médicos, 86,9% com menos de cinco anos de experiência profissional na ESF encontravam dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave (tabela 3).

Tabela 3. Associação entre tempo de experiência profissional na ESF e práticas de médicos e enfermeiros da APS no cuidado a idosos com demência

Variáveis	Médicos			Enfermeiros		
	Menos de 5 anos n (%)	5 ou mais n (%)	p-valor	Menos de 5 anos n (%)	5 ou mais n (%)	p-valor
Agenda específica para atendimento de idosos						
Sim	15(15,2)	11(28,2)	0,077	29(34,1)	30(32,6)	0,832
Não	84(84,8)	28(71,8)		56(65,9)	62(67,4)	
Considera necessário realizar capacitação em demência						
Sim	98(99,0)	37(94,9)	0,135	84(98,8)	89(97,8)	0,601
Não	1(1,0)	2(5,1)		1(1,2)	2(2,2)	
Participa de atividade de capacitação em demência						
Sim	33(33,3)	21(53,8)	0,026	24(28,2)	39(42,4)	0,049
Não	66(66,7)	18(46,2)		61(71,8)	53(57,6)	
Número de consultas/mês a pacientes com demência						
Nenhuma	6(6,1)	6(15,4)	0,165	25(29,4)	29(31,5)	0,691
Menos de 10	88(88,8)	30(76,9)		55(64,7)	60(65,2)	
10 ou mais	5(5,1)	3(7,7)		5(5,9)	3(3,3)	
Programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência						
Sim	74(74,7)	29(74,4)	0,962	66(78,6)	62(66,7)	0,077
Não	25(25,3)	10(25,6)		18(21,4)	31(33,3)	
Encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave						
Sim	86(86,9)	26(66,7)	0,006	69(81,2)	76(81,7)	0,926
Não	13(13,1)	13(33,3)		16(18,8)	17(18,3)	
Frequência de acompanhamento para o cuidador						
Nunca	21(22,8)	6(15,8)	0,261	17(20,7)	16(17,5)	0,866
Raramente	44(47,9)	16(42,1)		29(35,4)	30(33,0)	
Às vezes	23(25,0)	11(28,9)		27(32,9)	32(35,2)	
Frequentemente	4(4,3)	5(13,2)		9(11,0)	13(14,3)	

Na análise de associação entre formação dos profissionais médicos da APS e práticas no cuidado às demências, observou-se que a participação em atividade de capacitação em demência ($p = 0,028$) e frequência de acompanhamento para o cuidador (médico $p = 0,034$) foram estatisticamente significativas. Entre os médicos da APS com graduação, 73,8% relataram não participar em atividade de capacitação em demência e 62,5%, nunca/raramente realizar acompanhamento para o cuidador (tabela 4).

Tabela 4. Associação entre formação de médicos da APS e práticas no cuidado às demências

Variáveis	Graduação n (%)	Especialização n (%)	Residência n (%)	Mestrado/ doutorado n (%)	p-valor
Agenda específica para atendimento de idosos					
Sim	9(14,8)	10(26,3)	5(16,1)	2(25,0)	0,493
Não	52(85,2)	28(73,7)	26(83,9)	6(75,0)	
Considera necessário realizar capacitação em demência					
Sim	61(100)	37(97,4)	30(96,8)	7(87,5)	0,135
Não	0(0)	1(2,6)	1(3,2)	1(12,5)	
Participa de atividade de capacitação em demência					
Sim	45(73,8)	18(47,4)	18(58,1)	3(37,5)	0,028
Não	16(26,2)	20(52,6)	13(41,9)	5(62,5)	
Número de consultas/mês para pacientes com demência					
Nenhuma	4(6,6)	3(7,9)	4(12,9)	1(12,5)	0,727
Menos de 10	54(88,5)	31(81,6)	26(83,9)	7(87,5)	
10 ou mais	3(4,9)	4(10,5)	1(3,2)	0(0,0)	
Programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência					
Sim	41(67,2)	29(76,3)	27(87,1)	6(75,0)	0,224
Não	20(32,8)	9(23,7)	4(12,9)	2(25,0)	
Encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave					
Sim	52(85,2)	27(71,1)	27(87,1)	6(75,0)	0,249
Não	9(14,8)	11(28,9)	4(12,9)	2(25,0)	
Frequência de acompanhamento para o cuidador					
Nunca	18(32,1)	5(13,5)	3(10,3)	1(12,5)	0,034
Raramente	17(30,4)	18(48,6)	21(72,4)	4(50,0)	
Às vezes	17(30,4)	10(27,0)	5(17,3)	2(25,0)	
Frequentemente	4(7,1)	4(10,9)	0(0,0)	1(12,5)	

Na análise de associação entre formação dos profissionais médicos e enfermeiros da APS e práticas no cuidado às demências, observou-se que a participação em atividade de capacitação em demência (médico $p = 0,028$; enfermeiro $p = 0,003$) e frequência de acompanhamento para o cuidador (médico $p = 0,034$; enfermeiro $p = 0,051$) foram estatisticamente significativas (tabelas 4 e 5). Entre os enfermeiros da APS com graduação, 82,2% relataram participar em atividade de capacitação em demência e 55,8%, nunca/raramente realizar acompanhamento para o cuidador (tabela 5).

Tabela 5. Associação entre formação de enfermeiros da APS e práticas no cuidado às demências

Variáveis	Graduação n (%)	Especialização n (%)	Residência n (%)	Mestrado/ doutorado n (%)	p-valor
Agenda específica para atendimento de idosos					
Sim	15(33,3)	35(36,8)	5(17,9)	3(37,5)	0,306
Não	30(66,7)	60(63,2)	23(82,1)	5(62,5)	
Considera necessário realizar capacitação em demência					
Sim	44(97,8)	94(98,9)	26(96,3)	8(100,0)	0,780
Não	1(2,2)	1(1,1)	1(3,7)	0(0,0)	
Participa de atividade de capacitação em demência					
Sim	37(82,2)	58(61,1)	12(42,9)	7(87,5)	0,003
Não	8(17,8)	37(38,9)	16(57,1)	1(12,5)	
Número de consultas/mês para pacientes com demência					
Nenhuma	14(31,1)	25(26,3)	12(42,9)	3(37,5)	0,691
Menos de 10	30(66,7)	65(68,4)	15(53,6)	5(62,5)	
10 ou mais	1(2,2)	5(5,3)	1(3,6)	0(0,0)	
Programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência					
Sim	36(80,0)	68(71,6)	18(64,3)	6(75,0)	0,697
Não	9(20,0)	27(28,4)	10(35,7)	2(25,0)	
Encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave					
Sim	36(80,0)	81(84,4)	22(78,6)	6(75,0)	0,977
Não	9(20,0)	15(15,6)	6(21,4)	2(25,0)	
Frequência de acompanhamento para o cuidador					
Nunca	13(30,2)	16(17,0)	4(14,8)	0(0,0)	0,051
Raramente	11(25,6)	28(29,8)	14(51,9)	6(75,0)	
Às vezes	14(32,6)	35(37,2)	8(29,6)	2(25,0)	
Frequentemente	5(11,6)	15(16,0)	1(3,7)	0(0,0)	

Discussão

Neste estudo, constatou-se uma prática incipiente de médicos e enfermeiros da APS no cuidado aos idosos com demência. O atendimento dos idosos pelos profissionais tem sido realizado de forma não sistematizada. Estudo anterior verificou que o acesso ao serviço de saúde é uma das necessidades não atendidas mais relatadas pelos idosos¹⁵, sendo maior entre aqueles que usam o Sistema Único de Saúde (SUS) quando comparados aos que utilizam planos de saúde privados¹⁶.

O idoso com demência requer uma agenda específica, com dia e horários predeterminados, para garantir tempo e espaço para a avaliação multidimensional, que exige do profissional a aplicação de instrumentos que podem demandar mais tempo, fator elencado como limitante do atendimento às demências¹³.

A dificuldade do acesso do idoso ao acompanhamento clínico existe mesmo com o aumento da cobertura da ESF no cenário nacional¹⁶. Essa situação pode comprometer a qualidade do manejo das demências. A limitação de acesso pode contribuir para a busca de atendimento em hospitais, comprometendo o atributo de primeiro contato da APS. Esse atributo apresenta os mais baixos escores em estudo de avaliação da qualidade dos serviços de APS^{17,18} e pode também prejudicar o atributo da longitudinalidade, com a diminuição do número de consultas de retorno para reavaliações dos idosos com demência e do seu cuidado, o que é imprescindível devido à característica progressiva e ao manejo complexo dessa síndrome¹⁹. Esse contexto pode contribuir para o aumento das internações dos idosos por condições sensíveis à APS¹⁷.

A maioria dos profissionais, de ambas as categorias, informou não ter realizado curso de capacitação em demência nos últimos anos, embora tenha considerado necessário realizar capacitação nesse tema, assim como encontrado por Tuero *et al.*¹³. A capacitação em demência é importante para a aquisição de competências no cuidado ao idoso e para a atualização e/ou a aquisição de novas informações. Estudos internacionais evidenciaram que participação em capacitação sobre demência possibilita aos profissionais maior conhecimento, atitudes positivas e êxito no cuidado frente aos pacientes com demência^{20,21}.

O aperfeiçoamento profissional é importante na medida em que atende à necessidade advinda da realidade vivenciada no serviço, frente à crescente demanda de cuidados com demência. Todavia, os profissionais ainda apresentam dificuldade em reconhecer que os problemas vivenciados no dia a dia são os propulsores das atividades de educação e despertar essa capacidade reflexiva é um desafio²². Para tanto, há necessidade de que os gestores promovam e incentivem essa atividade em horário protegido no serviço. Estudos prévios afirmaram baixa adesão dos profissionais em atividades de educação continuada e permanente^{23,24}. O Ministério da Saúde tem investido na educação dos profissionais de saúde de forma ampla, mas o impacto desses programas na prática cotidiana de produção do cuidado ainda tem sido baixo²⁵.

O processo de educação profissional incorporado ao trabalho nas equipes de Saúde da Família permite problematizar a realidade, refletir sobre as práticas e planejar ações, na perspectiva de transformar e qualificar as práticas do cuidado²². Nesse sentido, as residências tanto em Medicina de Família e Comunidade quanto Multiprofissional em Saúde da Família constituem-se em um espaço de formação de profissionais com competência para atender às necessidades em saúde da população no âmbito do SUS²⁶. O Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), lista como essencial a seus especialistas, entre outros fatores, reconhecer, acompanhar e coordenar o cuidado de pacientes com doenças neurodegenerativas, dando o suporte adequado ao paciente e à família, o que inclui as demências²⁷.

Um dos motivos do atraso no diagnóstico das demências é a crença de que o comprometimento cognitivo em pessoas idosas é normal²⁸, seja por parte dos familiares, que protelam a busca por serviços de saúde, seja por parte dos profissionais, que não realizam o rastreio, uma vez que não suspeitam do declínio cognitivo. Neste estudo, a maioria dos profissionais utilizou a avaliação dos sinais e sintomas, como sintomas psicológicos e comportamentais, comprometimento cognitivo com alterações de memória

e comprometimento das atividades de vida diária para suspeitar de uma possível demência. Aproximadamente dois terços dos profissionais não consideram o comprometimento cognitivo sem alterações da memória e esse aspecto pode levar ao subdiagnóstico dos idosos com demência e demonstra o desconhecimento dos critérios diagnósticos²⁸.

As taxas de diagnóstico formal de demência na APS aumentam quando são aplicados testes de triagem²⁹. No presente estudo, os profissionais médicos relataram usar o MEEM para avaliar a função cognitiva, como visto na literatura^{12,26,27}. Esse teste foi elencado como recurso isolado pela maior parte dos pesquisados para o rastreio das demências, o que pode ser uma causa de falha no processo, uma vez que o MEEM não deve ser utilizado isoladamente nas síndromes demenciais^{25,28}, pois faz-se necessário associá-lo ao Teste do Desenho do Relógio ou ao de Fluência Verbal²⁹, o que não foi encontrado na prática médica dos que responderam ao questionário.

Verificou-se ainda que parte expressiva dos profissionais não utilizava, habitualmente, nenhum teste de rastreio, porcentagem maior que a da literatura (7%)³⁰, e nenhum teste de avaliação da capacidade funcional. Esse achado demonstra a incoerência da prática, na qual se suspeita de quadros demenciais mas a avaliação habitualmente não segue com a utilização de testes preconizados. Isso pode ocorrer, pois o manejo de DCNT privilegia doenças como hipertensão arterial e diabetes *mellitus* e os profissionais podem não considerar o cuidado específico das demências como uma de suas atribuições³¹⁻³⁹. Deve-se estimular a implementação do cuidado ao idoso com demência pelas equipes de ESF na perspectiva de diminuir as internações por condições sensíveis à APS¹⁷, estratégia já valorizada na Inglaterra, por meio de incentivo financeiro³⁵.

O manejo das demências graves foi elencado como uma dificuldade para a maioria dos profissionais. O comprometimento do manejo nessa fase pode levar a complicações como pneumonia, com aumento do número de hospitalizações repetidas e da mortalidade³⁶. Nessa fase da demência, os pacientes são eleitos para cuidados paliativos e a falta de capacitação também nesse tema pode ser uma das causas dessa dificuldade em manejar tais pacientes³⁷.

Um dos principais objetivos do manejo da demência é minimizar o estresse do familiar e cuidador, além de melhorar a qualidade de vida, manter a independência funcional do doente e diminuir os riscos à saúde^{3,38}. Neste estudo, os profissionais de ambas as categorias habitualmente não disponibilizam acompanhamento ao cuidador formal ou informal de forma sistematizada, concordante com estudo brasileiro que apontou que a maioria dos serviços de APS realiza apenas o suporte informativo aos cuidadores de idosos. Além disso, verificou-se que ações como avaliação do estresse e investigação da rede ou de grupos de apoio do paciente são realizadas em menos da metade dos serviços²³.

O cuidado incipiente de idosos com demência na APS pode ser devido à restrição no seu acesso ao serviço de saúde, à limitação da gama de serviços oferecidos, à subutilização de recursos e ao despreparo das equipes para as necessidades específicas que acometem os idosos com demência. Alguns fatores elencados em estudos internacionais podem estar relacionados à dificuldade do cuidado profissional ao idoso com demência, como a falta de confiança em habilidades de diagnóstico e manejo^{13,20,21,28,30,31,39}, a falta de tempo para o atendimento adequado^{13,31,39} e a dificuldade no seguimento e no controle¹³, o que pode ser originado de uma lacuna na formação do profissional na graduação e na pós-graduação^{18,34}.

Nota-se que o número de idosos, bem como as demandas de saúde dessa população, aumentam nos serviços de saúde; em contrapartida, evidencia-se a escassez de profissionais devidamente qualificados para atender tais necessidades. Há carência de profissionais especializados nas áreas de Geriatria e Gerontologia, bem como a temática ainda é pouco explorada na formação dos profissionais generalistas, tanto na graduação quanto na pós-graduação. Essa carência de profissionais de saúde capacitados e habilitados para tratar idosos influencia decisivamente nas dificuldades de abordagens adequadas^{40,42}.

Os resultados obtidos poderão propiciar a sensibilização e as reflexões sobre a realidade do processo de cuidado ao idoso com demência na APS e fundamentar mudanças nas práticas dos profissionais médicos e enfermeiros. A implementação de intervenções que aprimorem a prática profissional poderá ainda impactar na qualidade de vida dos idosos, familiares e cuidadores. A criação e desenvolvimento de estratégias de educação voltadas aos profissionais de saúde, como formação em Geriatria e Gerontologia e capacitações relacionadas ao cuidado às demências, são necessárias para modificações das práticas.

Este estudo teve como limitações o número de recusas dos profissionais em participar da pesquisa e os vieses de informação. Os resultados obtidos não possibilitam o estabelecimento de relações causais, devido a limitações do delineamento transversal. Outra limitação inerente é o processo de análise estatística bivariada, que não permite compor de que forma esses e outros fatores se complementam ou interagem na influência que exercem sobre as práticas dos profissionais da APS. Todavia, trata-se de um levantamento pioneiro realizado em municípios do norte de Minas Gerais.

Conclusão

Os profissionais, em sua maioria, não possuíam agenda específica para o atendimento de idosos na APS, principalmente entre os médicos. A atividade de capacitação em demência foi considerada necessária, porém, a maior parte dos profissionais não participou. A prática dos médicos e enfermeiros no atendimento aos idosos com déficit cognitivo é limitada no que diz respeito a sinais e sintomas que levam a suspeitar da doença e de testes empregados para rastreá-la, fatores que podem contribuir para um atraso no diagnóstico.

A participação em atividade de capacitação em demência foi associada ao maior tempo de experiência na ESF e ao grau de formação dos profissionais. Entre médicos, o menor tempo de experiência profissional na ESF foi também associado à dificuldade no cuidado do idoso com demência grave. A frequência de acompanhamento para o cuidador do idoso com demência foi associada, entre médicos e enfermeiros, ao grau de formação.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(3):548-54.
3. World Health Organization. Draft global action plan on the public health response to dementia: report by the Director-General [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 14 Abr 2019]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/274881>
4. Pessoa RMP, Faria SM, Morais D, Chagas MHN. Da demência ao transtorno neurocognitivo maior: aspectos atuais. *Rev Cienc Saude*. 2016; 6(4):1-13.
5. Williams BA, Chang A, Ahalt C. *Geriatrics - Current geriatrics: diagnóstico e tratamento*. 2a ed. Porto Alegre: Amgh Editora; 2015.
6. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 14 Abr 2019]. Disponível em: <http://fmrglobalhealth.com/frame/top10.html>
7. Alzheimer's Disease International (ADI). Informe mundial sobre el Alzheimer 2018 - La investigación de vanguardia sobre lademencia: nuevas fronteras [Internet]. Londres: ADI; 2018 [citado 14 Abr 2019]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimereport2018-spanish.pdf>
8. Burlá C, Camarana AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(10):2949-56.
9. Boff MS, Sekyia F, Bottino C. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira. *Rev Med*. 2015; 94(3):154-61.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* [Internet]. 20 Out 2006 [citado 5 Mar 2019]; sec. 1, p. 142. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
11. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairós*. 2015; 18(1):325-39.
12. World Health Organization. Global health and aging [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado 14 Abr 2019]. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf



13. Tuero GC, Garre-Olmo J, Lòpez-Pousa S, Vilalta J, Limon E, Caja C. Percepción, actitudes y necesidades de los profesionales de atención primaria correlacional paciente condemencia. *Aten Primaria*. 2011; 43(11):585-94.
14. Costa GD, Souza RA, Yamashita CH, Pinheiro JCF, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Evaluation of professional knowledge and attitudes on dementia patient care: a trans-cultural adaptation of an evaluation instrument. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(2):296-306.
15. Pedraza DF, Nobre AMD, Albuquerque FJB, Menezes TN. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(3):923-33.
16. Macinko J, Andrade FB, Souza Júnior PRB, Lima-Costa MF. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica*. 2018; 52 Suppl 2:6s.
17. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline of unnecessary hospitalization. *Health Aff*. 2010; 29(12):2149-60.
18. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. *Rev Bras Educ Med*. 2016; 40(4):547-59.
19. Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
20. Travers CM, Beattie E, Martin-Khan M, Fielding E. A survey of the Queensland healthcare workforce: attitudes towards dementia care and training. *BMC Geriatr*. 2013; 13(101):1-7.
21. Smyth W, Fielding E, Beattie E, Gardner A, Moyle W, Franklin S, et al. A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatr*. 2013; 13(2):1-8.
22. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(4):e2016031.
23. Placideli N, Castanheira ERL. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de atenção primária. *Rev Kairós*. 2017; 20(2):247-69.
24. Li Y, Wang S, Li J, Dong BR, Li XZ, Yu MJ, et al. A survey of physicians who care for older persons in Southwest China. *J Nutr Health Aging*. 2013; 17(2):192-5.
25. Campos KA, Santos FM. A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Serv Publico*. 2016; 67(4):603-26.
26. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da residência multiprofissional em saúde da família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1221-32
27. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade [Internet]. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015 [citado 14 Abr 2019]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/biblioteca_em_saude/006_material_saude_curriculo_competencias_mfc.pdf
28. Miranda LFJR, Matoso RO, Rodrigues MV, Lima TOL, Nascimento AF, Carvalho FC, et al. Factors influencing possible delay in the diagnosis of Alzheimer's disease: findings from a tertiary Public University Hospital. *Dement Neuropsychol*. 2011; 5(4):328-31.



29. Eichler T, Thyriana JR, Hertela J, Michalowskya B, Wucherera D, Dreier A, et al. Rates of formal diagnosis of dementia in primary care: the effect of screening. *Alzheimers Dement (Amsterdam)*. 2015; 1(1):87-93.
30. Baloch S, Moss SB, Nair R, Tingle L. Practice patterns in the evaluation and management of dementia by primary care residents, primary care physicians, and geriatricians. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2010; 23(2):121-5.
31. Murphy K, O'Connor DA, Browning CJ, D'Francês S, Michie S, Francis JJ, et al. Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: a qualitative study using the theoretical domains framework. *Implement Sci*. 2014; 9:31.
32. Rodriguez IA, Smailagic N, FigulsMRI, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, GiannakouA, et al. Mini-mental state examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (3):CD010783.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília : Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
34. Wang Y, Xiao LD, Luo Y, Shui-Yuan X, Whitehead C, Davies O. Community health professionals' dementia knowledge, attitudes and care approach: a cross-sectional survey in Changsha, China. *BMC Geriatr*. 2018; 18(1):122-5.
35. Lliffe S, Wilcock J. The UK experience of promoting dementia recognition and management in primary care. *Z Gerontol Geriatr*. 2017; 50 Suppl 2:63-7.
36. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*. 2009; 361(16):1529-38.
37. Santos FR, Santos Junior AG, Pessalacia JDR. Challenges for hospice care in primary health care: integrative review literature. *J Nurs UFPE*. 2016; 10(7):2708-19.
38. Oliveira APP, Caldana RHL. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saude Soc*. 2012; 21(3):675-85.
39. Turner S, Lliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing*. 2004; 33(5):461-7.
40. Lourenco RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(2):311-8.
41. Santos CTB, Andrade LOM, Silva MJ, Sousa MF. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis*. 2016; 26(1):45-62.
42. Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018; 21(2):155-63.



This article analyzes doctor and nurse practices in Primary Healthcare of elderly with dementia. A transversal and analytical study was conducted in the Primary Care of cities in the northern part of the Brazilian state of Minas Gerais. The doctor and nurse versions of the “Public Healthcare of dementia: from the Primary Care point of view” instrument was applied. Among the 316 participants, 138 were doctors, and 178 were nurses. A statistically significant connection was found between duration of professional experience in service and participation in dementia training (doctors, $p=0.026$; nurses, $p=0.049$), and education of professionals and participation in dementia training (doctors, $p=0.028$; nurses, $p=0.003$). An incipient practice was observed among doctors and nurses of Primary Healthcare in senile dementia care pointing to the need for developing educational strategies to qualify care.

Keywords: Dementia. Health professionals. Primary Healthcare.

El artículo analiza las prácticas de médicos y enfermeros de la Atención Primaria de la Salud en el cuidado de ancianos con demencia. Se realizó un estudio transversal y analítico en la Atención Primaria de municipios del Norte del Estado de Minas Gerais, Brasil. Se aplicó el Instrumento “Atención Sanitaria a las Demencias: la visión de la Atención Básica” en las versiones para médicos y enfermeros. De los 316 participantes, 138 eran médicos y 178 enfermeros. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tiempo de experiencia profesional en el servicio y participación en actividad de capacitación en demencia (médico $p=0,026$; enfermeros $p=0,049$) y entre la formación de los profesionales y la participación en actividad de capacitación en demencia (médico $p=0,028$; enfermero $p=0,003$). Se constató una práctica incipiente de médicos y enfermeros de la Atención Primaria de la Salud en el cuidado de ancianos con demencia, señalando la necesidad del desarrollo de estrategias educativas para cualificar la asistencia.

Palabras clave: Demencia. Profesionales de la Salud. Atención Primaria de la Salud.

Submetido em 23/07/19.


Aprovado em 28/06/20.

Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS)

Healthcare regulation or every man for himself? Lessons learned from the early detection of breast cancer in regionalized networks of the Brazilian National Health System (SUS) (abstract: p. 16)

¿Reglamentación asistencial o cada uno por sí? Lecciones a partir de la detección precoz del cáncer de mama en redes regionalizadas del Sistema Brasileño de Salud (SUS) (resumen: p. 16)

Mônica Morrissy Martins Almeida^(a)

<almeidamonica51@gmail.com> 

Patty Fidelis de Almeida^(b)

<pattyfidelis@id.uff.br> 

Eduardo Alves Melo^(c)

<eduardo.melo@ensp.fiocruz.br> 

^(a) Mestrado Profissional em Saúde da Família, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF). Rua Marquês de Paraná, 303, 3º andar, anexo HUAP, Centro. Niterói, RJ, Brasil. 24030-215.

^(b) Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, UFF, Niterói, RJ, Brasil.

^(c) Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Buscou-se analisar os processos de regulação assistencial a partir das ações para detecção precoce do câncer de mama em perspectiva regional. Foi realizado estudo qualitativo e descritivo em uma região de saúde por meio de entrevistas semiestruturadas com gerentes/gestores da Atenção Básica (AB) e da Regulação Assistencial. Na região, convivem modelos de AB tradicionais e Estratégia Saúde da Família (ESF). As centrais de regulação eram heterogêneas quanto à informatização, com predomínio dos envios das referências via malote desde a AB. Identificou-se multiplicidade de sistemas regulatórios, sob gestão estadual, municipal e regional. A implantação do Sistema de Informação de Câncer não foi efetivada, comprometendo o monitoramento das ações e coordenação do cuidado. Foram identificados esforços para qualificar os processos regulatórios empreendidos pelos municípios, embora permanecessem ações automatizadas e paralelas, sem atuação do gestor estadual na coordenação e articulação das redes regionalizadas.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde. Regionalização da saúde. Câncer de mama. Regulação em saúde.

Introdução

As doenças e agravos não transmissíveis representam as principais causas de adoecimento e óbito na população mundial¹. Estima-se que as neoplasias malignas serão a maior causa de morte nas próximas décadas². Embora a incidência do câncer seja mais elevada nos países mais desenvolvidos, a mortalidade tem se apresentado proporcionalmente mais alta naqueles em desenvolvimento, refletindo diferenças nos perfis da doença e no acesso ao diagnóstico e tratamento³.

Apesar dos métodos diagnósticos serem ofertados pelo SUS, ainda que de forma insuficiente e desarticulada, o principal desafio em relação ao câncer de mama é o diagnóstico precoce⁴. A Atenção Primária à Saúde (APS), pela facilidade de acesso, de coordenação e por seu caráter longitudinal, apresenta potencialidades para interferir em algumas das condições que acompanham o adoecimento por câncer⁵. Para tal, demanda resolutividade a partir do apoio diagnóstico e terapêutico dos pontos especializados e hospitalares⁶, regulados a partir das necessidades de saúde dos territórios.

Processos regulatórios em saúde como ferramenta de gestão apresentam potência para reduzir e minorar desigualdades, em especial quando envolvem entes públicos e privados⁷. Em 2008, foi instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde⁸, na qual a Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial tem como objetivos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS⁹. Essa dimensão contempla as ações de regulação médica e o estabelecimento de referências entre diferentes níveis de complexidade a partir de centrais de regulação e complexos reguladores, de abrangência municipal, regional ou estadual, segundo fluxos e protocolos pactuados⁸.

Estudos têm apontado o esgotamento do processo de regulação assistencial no país, trazendo a discussão quanto à organização da regulação pela oferta, com pouca acuidade para as necessidades da população, e que esse processo necessitaria ser revisto à luz das demandas advindas dos territórios regionais^{10,11}. Além dos desafios relativos à regulação, não menos importante é o reconhecimento de medidas que enfrentem a fragmentação do cuidado em perspectiva regional^{10,12,13}, além da necessidade de ampliar o acesso aos serviços de retaguarda terapêutica especializada e hospitalar, com garantia de equidade nos territórios. Estudos mostram que dificuldades de acesso aos serviços especializados provocam busca por serviços privados^{11,13} e tensão entre fluxos formais e informais¹¹, inviabilizando ou minimizando as possibilidades de coordenação dos cuidados¹⁰⁻¹³.

Ao mesmo tempo, um conjunto de evidências apontam as fragilidades dos arranjos regionais, sublinhando a necessidade de investimentos para fortalecê-los com vistas à garantia de atenção integral à saúde¹². Tendo o cenário das redes regionalizadas e dos processos regulatórios como categorias centrais, este estudo analisa o processo de regulação assistencial em uma região de saúde a partir das ações para detecção precoce do câncer de mama realizadas desde a AB até o apoio diagnóstico, com especial foco na dinâmica regional para alcance de assistência integral à saúde.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma região de saúde do estado do Rio de Janeiro, por meio de 16 entrevistas semiestruturadas e visitas às centrais de regulação realizadas entre julho de 2018 a fevereiro de 2019. Foram identificados atores-chave para as entrevistas em conformidade aos objetivos do estudo, responsáveis pela gestão e operação das centrais de regulação e pelas coordenações de AB e que realizavam as referências para a atenção especializada em seis dos sete municípios que compõem a região pesquisada (tabela 1). Apenas um município não participou do estudo, após sucessivas tentativas de agendamento. Os participantes foram identificados por letras correspondentes aos respectivos municípios e números que representam a sequência de realização das entrevistas (A1, A2 e assim sucessivamente).

Tabela 1. Perfil dos entrevistados, municípios da região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2019

Município	Função na gestão	Formação	Tempo na função	Experiência no SUS*
A	Vice-presidente de atenção ambulatorial	Enfermagem e fonoaudiologia	4 anos	10 anos
	Coordenador municipal de Regulação	Medicina	5 anos	31 anos
	Coordenadora da regulação ambulatorial	Enfermagem	9 anos	10 anos
	Assessora da coordenação de oncologia	Biologia	6 anos	06 anos
B	Subsecretário de regulação, controle, avaliação e auditoria	Farmácia e Biologia	1 ano e 9 meses	11 anos
	2 assessoras técnicas de regulação	Ensino médio	2 anos	2 anos
C	Coordenadora municipal da Estratégia de Saúde da Família	Enfermagem	2 anos	7 anos
	Assessora técnica de regulação	Medicina Sanitária	1 ano e 6 meses	26 anos
D	Secretária municipal de Saúde	Enfermagem	6 anos	26 anos
	Superintendente de AB	Enfermagem	5 anos	12 anos
	Coordenadora da Central Municipal de Regulação	Técnico em Enfermagem	1 ano	3 anos
F	Subsecretária de AB	Enfermagem	1 ano e 4 meses	17 anos
	Coordenadora da Central Municipal de Regulação	Administração de Empresas	3 anos	3 anos
E	Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família	Enfermagem	6 meses	12 anos
	Técnica da Central Municipal de Regulação	Técnico em Logística	3 anos	3 anos

Fonte: elaboração própria.

* Tempo de experiência no SUS entre funções de assistência e gestão.

As entrevistas, gravadas em aparelho de áudio, com duração aproximada de 60 minutos cada, foram transcritas e analisadas com base em categorias, considerando-se, sobretudo, definições das Diretrizes Nacionais para Detecção Precoce do Câncer de Mama¹⁴ e etapas-chave do processo de regulação assistencial⁸, ratificadas por um conjunto de estudos, que destacam a necessidade de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em perspectiva regional, com porta de entrada pela APS e disponibilidade de recursos para confirmação diagnóstica na região de saúde¹⁰⁻¹⁴ regulados a partir de necessidades em saúde. As categorias de análise definidas com base no referencial citado organizam a apresentação dos resultados. O estudo pretendeu compreender as etapas sucessivas da regulação assistencial, considerando que tem início na AB, e percorre alguns pontos da RAS até o início do tratamento, caso seja diagnosticado o câncer de mama⁸. As ações para a detecção precoce do câncer de mama foram utilizadas como evento traçador para apreensão fina, precisa e compreensiva dos fluxos assistenciais.

As estimativas de casos novos no estado do Rio de Janeiro destacam o câncer de mama como o primeiro na região e no país. Para 2018 e 2019, a estimativa de incidência foi de 8.020 casos novos, com uma taxa bruta de 91,25 casos para cada 100.000 mulheres/ano, demonstrando a magnitude desse agravo no estado¹. Para realização deste estudo, foi selecionada uma região de saúde com características diversas quanto ao porte populacional e à disponibilidade de serviços de saúde (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da rede assistencial para detecção precoce do câncer de mama, municípios da região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2019

Município	Características gerais				Características da rede assistencial
	População 2017	Razão mamografia* 2017	Cobertura ESF (%) 2017	Cobertura AB (%) 2017	
A	499.028	0,12	65,83%	76,86%	<ul style="list-style-type: none">• Sede da região de saúde.• Rede assistencial majoritariamente pública com ampla oferta de ESF e AB, atenção especializada ambulatorial, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e um hospital universitário de referência para a região de saúde.• Possui mamógrafos próprios e conveniados ao SUS.• Laboratório de Saúde Pública – realiza a análise de material histopatológico de biópsias de mama.• Policlínica Municipal de Especialidades da Saúde da Mulher – referência para mastologia, confirmação diagnóstica de câncer de mama e regulação direta de casos cirúrgicos para o hospital universitário ou outras referências oncológicas.• Hospital Universitário: referência de Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) para o município-sede – tratamento do câncer de mama –, cirurgia e quimioterapia. A radioterapia é ofertada em um serviço de radioterapia privado e habilitado no SUS que atende à região de saúde.• Central Municipal de Regulação ambulatorial com médicos reguladores, com funcionamento diurno.• Menciona cumprir a “Lei dos 60 dias”.• Utiliza o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama).

Continua.

Tabela 2. Caracterização da rede assistencial para detecção precoce do câncer de mama, municípios da região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2019

Município	Características gerais				Características da rede assistencial
	População 2017	Razão mamografia* 2017	Cobertura ESF (%) 2017	Cobertura AB (%) 2017	
B	1.049.826	0,05	67,08%	84,02%	<ul style="list-style-type: none"> • Município mais populoso da região. • Possui elevada cobertura de ESF e AB e rede secundária mista (pública e privada), ambos em estruturação, com déficit de serviços diagnósticos e ausência de Unacon e radioterapia. • Possui mamógrafos próprios, insuficientes para a demanda. • Policlínicas municipais de especialidades, com oferta de consultas de mastologia; serviço especializado em saúde da mulher que realiza parte das mamografias e biópsias. • Realiza o exame histopatológico em serviço privado contratado no próprio município com demora no resultado. • Referências para tratamento do câncer de mama no hospital universitário do município-sede e na Unacon localizada no município C. • Central Municipal de Regulação ou Complexo Regulador em expansão, com médicos reguladores e funcionamento diurno. • Utiliza o Sistema de Informação do Câncer (Siscan). • Informa dificuldades no cumprimento da "Lei dos 60 dias".
C	58.272	0,30	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Município com cobertura mista de ESF e AB, assim como serviços diagnósticos privados, filantrópicos e habilitados pelo SUS. • Não possui mamógrafos; realiza os exames no prestador estadual localizado no município de Saquarema. • Mastologistas atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)s e realizando consultas de especialidades. • Central Municipal de Regulação ambulatorial com apenas uma médica reguladora na supervisão, e funcionamento exclusivamente diurno. • Possui uma Unacon sem radioterapia, funcionando em um hospital filantrópico contratualizado com a Secretaria Municipal de Saúde no território. É uma das referências para o tratamento do câncer de mama na região. • Utiliza o Siscan. • Menciona o cumprimento da "Lei dos 60 dias".
D	21.253	0,05	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Município com cobertura integral de ESF, sem mastologista na rede municipal, sendo sua referência o município C. • Não possui mamógrafos; realiza os exames no prestador estadual no município de Saquarema. • Toda a confirmação diagnóstica é realizada em serviços estaduais, fora do município, localizados no Rio de Janeiro. • Central Municipal de Regulação ambulatorial sem médicos reguladores, com funcionamento exclusivamente diurno. • Não utiliza Siscan, adotando planilha de controle de confecção própria. • Menciona o cumprimento da "Lei dos 60 dias".
E	32.970	0,08	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Município com cobertura integral de ESF, sem mastologista na rede municipal, sendo suas referências de especialidades os serviços localizados no município do Rio de Janeiro. • Não possui mamógrafos; realiza os exames no prestador estadual localizado no município de Saquarema. • Toda a confirmação diagnóstica é realizada em serviços estaduais, fora do município, localizados em Saquarema e no Rio de Janeiro. • Central Municipal de Regulação ambulatorial com uma médica reguladora na supervisão e funcionamento exclusivamente diurno. • Utiliza o Sismama. • Não soube informar sobre o cumprimento da "Lei dos 60 dias".
F	232.394	0,16	62,79%	74,09%	<ul style="list-style-type: none"> • Município com cobertura decrescente de ESF e AB nos últimos anos. • Possui duas policlínicas de especialidades, uma das quais é ligada ao hospital municipal onde são ofertadas consultas de mastologia e biópsias de mama. • O material histopatológico é analisado no próprio município. • O município possui mamógrafos privados, conveniados ao SUS. • Central Municipal de Regulação ambulatorial com médicos reguladores e funcionamento exclusivamente diurno. • Utiliza o Siscan. • Relata demora no tempo de agendamento das consultas para início do tratamento nas Unacons. • Menciona dificuldade no cumprimento da "Lei dos 60 dias".

Fonte: Elaborado a partir das entrevistas e consultas ao IBGE e do site da Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) (www.saude.rj.gov.br/ - Informações em Saúde).

* Razão entre exames de mamografia em mulheres de cinquenta a 69 anos e população feminina da mesma faixa etária e local de residência.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (parecer n. 2.779.093).

Resultados

Organização da Atenção Básica

Os municípios A, B e F, os de maior porte, apresentavam cobertura pela ESF inferior a 70%, além de outras modalidades de AB (Tabela 1). Historicamente, no município-sede ou polo da região, a meta foi cobrir a totalidade da população mais vulnerável com estratégias variadas de AB, como as equipes básicas em UBSs tradicionais. No município C, áreas não cobertas pela ESF tinham como referência um serviço ambulatorial localizado no centro do município. De forma geral, mesmo municípios de pequeno porte apresentavam populações dispersas no território.

A rotatividade e dificuldade de fixação, sobretudo de médicos, na AB foi característica comum dos municípios. A sede operava com contratos temporários e médicos do Programa Mais Médicos (PMM), assim como nos demais municípios da região. O município E contava com profissionais concursados e do PMM, reportando certa estabilidade e vinculação das equipes aos territórios e população, sobretudo os de Enfermagem. No município F, a constante falta de profissionais, o não cumprimento da carga horária e os baixos salários na AB foram mencionados como fatores que influenciavam no acolhimento aos usuários, na baixa resolutividade e na busca por serviços de emergência como porta de entrada (F13). Tal município contava com vinte profissionais do PMM, com avaliações positivas quanto à adesão aos princípios da ESF.

Nos dois municípios mais populosos da região (A e B), foram definidas estruturas regionais para organização dos serviços de saúde no território, nos quais se distribuam UBSs e serviços especializados (policlínicas e polos sanitários), estratégia considerada importante para definição dos fluxos assistenciais, para minimizar barreiras de acesso e garantir retaguarda terapêutica à AB. Os municípios de maior porte também apresentavam unidades especializadas em Saúde da Mulher.

Estrutura do sistema municipal de regulação

No conjunto dos municípios foram relatadas iniciativas de fortalecimento das estruturas de regulação assistencial e informatização dos processos. No município A, a estrutura disponível viabilizava a operação em turnos de 12 horas, nos sete dias da semana, mas não comportava a operação 24 horas. No município B, o complexo regulador municipal, inaugurado em 2013, funcionava de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h, e no sábado das 8h às 12h, podendo se comunicar diretamente com os usuários por meio de um *call center*. A prioridade municipal era a organização da rede ambulatorial (B). Nos demais municípios, equipes formadas em sua maioria por técnicos, com apoio de um médico ou outro profissional de nível superior, operavam em horário comercial, de segunda à sexta-feira.

Os informantes reportaram multiplicidade de sistemas de regulação, a depender do tipo de prestador e procedimento:

- KLINIKOS municipal (privado, exclusivo município A): sistema de regulação do município-sede que concentrava a oferta própria municipal (policlínicas, serviços diagnósticos e assistenciais), com acesso informatizado diretamente das UBSs.
- KLINIKOS estadual (privado): sistema para o acesso ao Centro de Diagnóstico Médico por Imagem do Rio de Janeiro.
- SER (privado): Sistema Estadual de Regulação utilizado para acesso a todos os procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares gerenciados pela Central Estadual de Regulação.
- RESNIT municipal (privado): desenvolvido pelo município-sede para a regulação da reabilitação física e oftalmologia, em fase de expansão de perfil, para o atendimento aos municípios da região.
- SISREG (público): sistema para a regulação interna de dois municípios na região e para regulação dos recursos ambulatoriais dos hospitais federais na capital, gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- ESUS (privado, exclusivo do município B): sistema utilizado inicialmente na regulação de procedimentos (exames e consultas de especialidades) entre os polos sanitários e as unidades de média e alta complexidade do município B.
- SIM (privado, exclusivo do município D): sistema municipal para a regulação dos procedimentos solicitados pela AB para as policlínicas de especialidades, serviços privados de apoio diagnóstico, fisioterapia e hospital municipal.

O município D contratou empresa privada para desenvolvimento de um sistema para a regulação da oferta própria municipal, que, segundo os entrevistados, ofereciam algumas funcionalidades, como relatórios gerenciais com informações sobre os atendimentos nos serviços ambulatoriais, de urgência e hospitalares, além da possibilidade do envio dos agendamentos via mensagem de texto pelo celular, sem necessidade do documento físico.

No período de realização do estudo, o acesso à oferta do Hospital Universitário (HU), localizado na sede, acontecia por meio de comunicação por e-mail. As Centrais Municipais de Regulação (CMR) recebiam a agenda mensal de especialidades e encaminhavam as solicitações dos usuários para a regulação do HU via correio eletrônico. Iniciativas de inclusão da oferta especializada em Oncologia, inclusive do HU, na Central Estadual de Regulação por meio do sistema SER, eram debatidas na Comissão Intergestores Regionais (CIR), porém, ainda não efetivadas.

Na região de saúde, no município B, havia ainda uma Central Regional de Regulação (CREG), estrutura pertencente à Secretaria de Estado de Saúde, criada em 2002, com o intuito de descentralizar a oferta estadual e fortalecer a organização das RAS na região, porém, com atuação reduzida e pouco integrada.

Apesar da multiplicidade e complexidade dos sistemas de regulação, não foram identificadas iniciativas formais e contínuas de capacitação profissional para o exercício da regulação assistencial na maioria dos municípios.

Entre os desafios para a melhoria da regulação, foi mencionada a necessidade de integração e proximidade com as coordenações de atenção especializada, objetivando qualificar as análises técnicas e o uso dos recursos disponíveis de acordo com as necessidades da AB (B5). Avaliou-se que havia pouco conhecimento dos processos regulatórios por parte dos profissionais de saúde e que o fortalecimento das centrais ajudaria a consolidar a regulação assistencial na RAS (A2).

Acesso à regulação assistencial

Mesmo com investimentos para fortalecimento das estruturas regulatórias, a informatização parcial das UBSs fazia com que o fluxo mais comum para agendamento das referências nos serviços próprios municipais fosse o recolhimento das guias físicas na AB, para marcação nas centrais de regulação (exceto município A e E). Também havia situações nas quais a marcação poderia ser realizada diretamente pelo usuário na central ou serviço de referência (município F).

Na sede da região, as UBSs e policlínicas regionais se comunicavam com a Central Municipal de Regulação por meio de sistema de regulação informatizado (KLINIKOS). As UBSs realizavam a marcação de procedimentos especializados na policlínica de referência e em serviços de imagem, como mamografia, sem necessidade de deslocamento do usuário ou da guia física. Embora o sistema de regulação fosse informatizado, a sede encontrava-se em momento inicial de informatização da rede básica com a implantação de prontuário eletrônico desenvolvido por empresa privada e ainda não integrado às policlínicas. No município B, a informatização foi iniciada pela rede de referência, e não pelas UBSs. Somente o município E reportou informatização das UBSs e utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão.

No município B, os agentes comunitários de saúde (ACS) se encarregavam da entrega das referências no complexo regulador, evitando o deslocamento dos usuários. Tal função passou a fazer parte de seu escopo de ações e seria provisória até a informatização da rede. A própria função regulatória era recente no município, visto que somente a partir de outubro de 2018 a regulação de consultas especializadas passou a ser realizada. Anteriormente, o agendamento era realizado diretamente pelos usuários nos prestadores, mediante guias de referência e filas para agendamento (B5).

As estratégias para informar aos usuários sobre o agendamento também foram distintas. Na maior parte dos municípios, as marcações retornavam às UBSs de origem, que se encarregavam de avisar os pacientes, em geral por meio do ACS. Nesse processo, avaliou-se que poderia ocorrer atrasos e perdas, visto os agendamentos chegarem com pouca antecedência. Já no município D, o sistema no qual era agendada a oferta própria municipal (SIM) enviava mensagens via celular com data e hora da consulta ou procedimento (D11).

Para casos prioritários identificados na AB, as estratégias eram diversas. No município B, os usuários eram encaminhados ao complexo regulador para avaliações pelo médico regulador, que determinava a inserção no sistema a partir da prioridade clínica.

Outro ponto crítico se referiu à retirada dos resultados dos exames, muitas vezes, sob responsabilidade do usuário, diretamente no prestador. No município B, foi informado que, na retirada do exame, havia a orientação de retorno ao médico solicitante para continuidade do acompanhamento.

A garantia de transporte para realização de consultas e exames fora do município de origem foi mencionada como uma ação tão necessária quanto a garantia de oferta, mesmo se tratando de municípios localizados em uma região metropolitana.

Acesso e regulação dos procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama

Os informantes referenciaram o Outubro Rosa como mês de intensificação das ações de detecção precoce do câncer de mama, sobretudo desenvolvidas na AB. As avaliações divergiram quanto à potência das equipes em desenvolverem tais atividades rotineiramente. Avaliou-se que o interesse e receptividade em relação à temática do câncer de mama vem aumentando e que a mídia desempenha papel importante.

A percepção dos gerentes e gestores era a de que havia suficiente oferta de mamografia, o que não é compatível com a razão de mamografias apresentada na tabela 2, além de mencionarem estratégias para atender com maior celeridade aos casos suspeitos. Foi relatada “sobra” do exame na sede da região, atribuída à baixa captação e falta de comunicação entre as estruturas da rede. Os demais municípios refeririam utilização da oferta do Rio Imagem, do Hospital Estadual de Saquarema, além de prestadores privados conveniados. Nos municípios C, D e E, foi mencionada disponibilização de transporte para deslocamento aos prestadores fora do município.

Nos municípios A, D e E, embora houvesse percepção de suficiência de mamografia, o monitoramento era prejudicado pela ausência do Siscan, que permitiria inclusive cálculo da cobertura. Nos municípios B, C e F seu funcionamento era parcial. O município E relatou que mesmo o Sismama não estava devidamente atualizado, não sendo possível utilizá-lo para o monitoramento. As lacunas na avaliação apareceram também na impossibilidade de monitorar os tempos de espera, desde a solicitação até a realização do exame, considerado oportuno na percepção dos entrevistados. Parte dos informantes mencionou problemas no registro, erros na alimentação dos códigos dos procedimentos e solicitações fora da faixa etária como fatores que explicariam as baixas coberturas de mamografia (tabela 2) no SUS.

Os resultados da mamografia deveriam ser buscados pela mulher, diretamente no prestador ou na coordenação de AB ou de Saúde da Mulher. Em alguns municípios (C, E), a retirada poderia ser realizada por responsável pelo transporte municipal ou portador autorizado. A demora na entrega do resultado, que segundo entrevistada do município D (D10), poderia ser informatizado, geraria atraso no início do tratamento e dificuldades adicionais para o município, visto ser o transporte um recurso crítico. No caso de lesão suspeita, na maioria dos casos, a UBS de referência ou o Programa Saúde da Mulher (E) eram acionados pelo prestador; em outros, a mulher era orientada a buscar a equipe de referência, que poderia realizar o agendamento prioritário da consulta com mastologista (B).

Uma vez realizada a mamografia, o acesso aos demais procedimentos para confirmação diagnóstica variaram entre os municípios, a depender da oferta de serviços. Na sede e no de maior porte, o serviço municipal de Saúde da Mulher oferecia a consulta com mastologista e biópsia. No C, mastologistas da rede municipal atuavam nas UBSs em esquema de rodízio semanal, realizando atendimentos com os profissionais da AB. Não havia precisão quanto aos tempos de espera, pois não eram monitorados, embora a maioria dos gestores tenha avaliado não haver problemas de acesso à consulta com mastologista (exceto no município E).

No município B, no qual o exame histopatológico era realizado em laboratório privado, mencionou-se pressão do Conselho Municipal de Saúde pela demora na entrega dos resultados, que passaria de sessenta dias, retardando o início do tratamento. Observou-se que os municípios da região buscavam ofertar ultrassom e biópsia em seu próprio território, independente do porte (exceto municípios D, E). A utilização do Rio Imagem ocorria, na maioria das vezes, diante do esgotamento da oferta municipal, sendo a disponibilidade de transporte mais uma vez mencionada como uma barreira de acesso.

Na sede da região, as usuárias atendidas na unidade de Saúde da Mulher, com diagnóstico de câncer de mama e indicação cirúrgica, eram referenciadas diretamente para o serviço de mastologia do HU. As vagas disponibilizadas mensalmente eram suficientes, segundo avaliação dos informantes (A3, A4). Mencionou-se que o fluxo de regulação para Oncologia no HU era recente, fruto de intenso processo de negociação das regulações municipais e estadual. Anteriormente, as mulheres eram reguladas para as vagas ofertadas pelo Instituto Nacional de Câncer ou outros hospitais federais na capital, com maiores tempos de espera.

O município C, embora de pequeno porte, possuía uma UNACON, principal referência para a região de saúde. Já o município B, com mais de 1 milhão de habitantes, não possuía serviço para tratamento oncológico, sendo as referências direcionadas à UNACON do município C, ao HU e a outros hospitais da capital. Nesse caso, foi mencionada insuficiente e irregular oferta, o que impossibilitava o planejamento do acesso das mulheres ao tratamento e, por vezes, exigia atuação política do secretário municipal de saúde para consecução de vagas (B5). Aliás, essa foi uma estratégia mencionada por parte dos informantes.

Também no caso do tratamento, não havia monitoramento dos tempos de espera, tampouco informações sobre a evolução clínica. Uma vez referenciada para o tratamento, não havia retorno da informação clínica para as centrais, programas de Saúde da Mulher e UBSs. O fluxo de informações ficava sob responsabilidade das mulheres, que se vinculavam aos hospitais ou serviços especializados para o seguimento longitudinal. Muitas só retornavam às centrais ou UBSs quando eram solicitados exames complementares.

Ainda que não tenha sido identificado monitoramento dos tempos de espera em qualquer etapa da linha de cuidado do câncer de mama, entrevistados de alguns municípios avaliaram que haveria cumprimento da Lei n. 12.732/2012, conhecida como “Lei dos 60 dias”¹⁵, sobretudo nos casos de câncer de mama (tabela 2). No município D, as usuárias recorriam à Defensoria Pública para garantia do atendimento oportuno e a

gestão municipal havia criado um núcleo de assessoramento para auxiliar o poder judiciário. Informante do município F relatou que entre as razões para o não cumprimento da Lei estaria a dificuldade de acesso ao tratamento, pelo município não conseguir realizar alguns exames confirmatórios e a necessidade de transporte.

O documento Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama¹⁶ era desconhecido pela maioria dos entrevistados, não sendo relatadas iniciativas estaduais e municipais (exceto município C) para atualização dos protocolos.

Dinâmica regional da regulação assistencial

Para acesso à oferta definida na Programação Pactuada e Integrada (PPI), alocados na sede, os municípios estabeleciam interlocução com a Central Municipal de Regulação da própria sede.

Avaliou-se que a organização dos processos regulatórios na região permitiram melhor acompanhamento dos recursos da PPI, de forma a identificar a real utilização, cujos problemas eram debatidos na CIR. Ainda assim, municípios de menor porte reportaram que dificilmente a PPI era cumprida e que os pactos eram refeitos, entre os gestores, por vias alternativas. Informantes do município D relataram relação de desequilíbrio com o município sede, com dificuldades de acesso aos procedimentos de alta complexidade. Nesses casos, os hospitais federais da capital atendiam às necessidades não contempladas na região. Exceto sede e município C, os demais reportaram dificuldades históricas de relacionamento com o HU. Avaliaram que a oferta não atendia às necessidades da região e que a interlocução com o HU seria mais efetiva se liderada pela sede. Também foi mencionada ausência do estado na condução da dinâmica regional – aliás, praticamente ausente na fala dos entrevistados – e que os municípios buscavam “se ajudar” em paralelo às pactuações formais.

No caso da atenção oncológica, prevalecia a percepção de insuficiente oferta para tratamento, principalmente pelo município mais populoso (B), que não dispunha dos serviços em seu território. Tal escassez tencionava as relações intermunicipais, uma vez que contingente importante de população do referido município precisava se deslocar para serviços de alta complexidade. A proposta era a de que a sede viabilizasse recursos assistenciais para a região ou os recursos deveriam retornar ao município de origem para criação de serviços próprios.

Discussão

Evidências sugerem que sistemas de saúde com forte base na APS representam a estrutura mais eficiente para promover coordenação do cuidado¹⁷. Os municípios da região apresentaram cobertura satisfatória de AB, especialmente os menores, considerada condição essencial para a estruturação e funcionamento da RAS no âmbito municipal e regional. Contudo, coexistiam diferentes modelagens de APS, que se sobrepunham na função de porta de entrada¹⁸. Também se observou que a expansão de cobertura não foi acompanhada de grau equivalente de informatização das UBSs, um dos requisitos para a utilização de sistemas informatizados descentralizados de regulação, evitando fluxo de papéis, conduzidos ora via malotes, ora pelos próprios usuários, o que pode implicar em maior demora para o agendamento, além do risco de perda e gastos com deslocamento até as centrais de regulação.

Mesmo tratando-se de região metropolitana, vale mencionar a forte dependência em relação ao PMM, demonstrando que tais regiões também apresentam dificuldades para atração e fixação de médicos na APS¹⁹. Embora este tema não tenha sido explorado em profundidade, a precariedade dos vínculos trabalhistas na maioria dos municípios; a localização da ESF em áreas de maior violência urbana como nos municípios A, B e F; e a baixa disponibilidade de profissionais interessados em atuar na APS na região foram alguns dos fatores explicativos da adesão ao PMM.

Identificaram-se investimentos em Tecnologias de Comunicação e Informação em Saúde, como prontuários eletrônicos, em alguns casos, privados e com implantação tardia e incipiente; e fortalecimento dos sistemas informatizados para a regulação assistencial, sobretudo nos municípios de maior porte, o que representa ferramenta de integração assistencial¹⁰. Outrossim, ao examinar a participação da AB na regulação, de maneira geral, as equipes pouco classificavam os riscos ou monitoravam as listas de espera.

Observou-se estruturação de Complexos Reguladores ou Centrais de Regulação em todos os municípios, principalmente nos de maior porte, em função do reconhecimento da premente necessidade de organização do acesso da população aos cuidados de saúde e da convicção de que os provedores de serviços devem estar sob regulação²⁰.

Sousa et al.²¹ afirmam que a estruturação dos fluxos assistenciais tem se construído a partir de ferramentas tecnológicas importantes, como centrais de regulação informatizadas, mas que, aparentemente não se conseguiu superar a fragmentação da produção em saúde. Os achados evidenciaram a coexistência de múltiplos sistemas para regulação assistencial, a depender do tipo de procedimento ou prestador, o que contribuía para mitigar a oferta e amplificar a fragmentação da rede. Por vezes, o município manejava mais de uma fila de espera para o mesmo procedimento. As centrais possuíam graus diferenciados de informatização, o que implicava em deslocamento dos usuários até suas respectivas sedes. Além disso, observou-se a adoção de sistemas privados de regulação “customizados”, cuja justificativa seria atender necessidades específicas de monitoramento, ausentes nos sistemas públicos.

Cabe ressaltar que a percepção sobre a suficiência dos recursos ocorria sem o devido monitoramento, visto que o Siscan ainda não estava implantado em todos os municípios, o que permitiria ter acesso a informações necessárias ao monitoramento das ações de detecção precoce²².

O Outubro Rosa estava incorporado à rotina dos serviços de saúde em todos os municípios, ainda que se reconhecesse a dificuldade para a continuidade das ações. A periodicidade anual do rastreamento era reforçada e legitimada pela opinião de especialistas, o que, segundo Migowski¹⁴, é favorecido por estratégias de campanhas anuais.

Sugere-se que o diagnóstico das pacientes com suspeita clínica de câncer de mama deva ser feito no menor tempo possível e no mesmo local¹⁴. A organização dos procedimentos diagnósticos na região ocorria de maneira pulverizada, em diferentes serviços, favorecendo o retardo no diagnóstico e no encaminhamento para o tratamento oncológico. Apenas o município-sede e um município do interior apresentaram maior integração na realização do diagnóstico, por possuírem maior disponibilidade de serviços. Foi mencionada demora e dificuldade para iniciar o tratamento oncológico, sem mediação da SES para atender às necessidades dos municípios e barreiras ainda não superadas para acesso à oferta de serviços do hospital universitário.

A desigualdade na oferta de serviços entre os municípios provocava um movimento de “se virar” no próprio território e buscar resolver os problemas isoladamente, o que sugere existir lacunas no planejamento e gestão regional, tanto pela provável fragilidade na observância da escala e escopo de alguns serviços quanto pela disposição fragmentada de ações. Nessa direção, espaços de governança regional como a CIR carecem de fortalecimento para cogestão das redes, com participação ativa do ente estadual¹⁰.

Todos os informantes convergiram na avaliação de que em geral não há seguimento das usuárias pela gestão das CMR e pelas equipes de AB após início do tratamento. Nesse momento, há uma ruptura da relação da usuária com a AB que não recebe informações acerca dessa etapa dos cuidados, minando qualquer possibilidade de coordenação. Os serviços de saúde de maior densidade tecnológica, frequentemente, não retornavam as informações para a AB, tornando a rede assistencial um emaranhado de práticas desconexas e pontuais²³.

Este estudo ratifica a incompletude dos arranjos para a regulação assistencial em perspectiva regional, guardadas todas as limitações de um estudo de caso qualitativo realizado em contexto específico, requerendo-se, assim, abordagens complementares para ampliar o escopo dos resultados. Nessa direção, a análise de dados secundários acerca da oferta de procedimentos e serviços, bem como do caminhar dos usuários pela região, poderiam trazer à tona informações relevantes que ajudariam a compreender as trajetórias tecidas na busca pelo cuidado. Também se ressalta que a utilização das ações de detecção precoce do câncer de mama foi um dispositivo para amplificar o olhar sobre os pontos de interdição e passagem na busca por cuidados na RAS, ainda que se reconheça que esta deva se organizar de forma a garantir acesso integral a serviços de diferentes densidades tecnológicas.

Contribuições dos autores

Mônica Morrissy Martins Almeida e Patty Fidelis de Almeida foram responsáveis pela concepção e delineamento do trabalho, redação do manuscrito e aprovação de sua versão final. Eduardo Alves Melo participou da discussão dos resultados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
2. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *Lancet Oncol.* 2012; 13(8):790-801.
3. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(2):87-108.
4. Bernardes NB, Sá ACF, Facioli LS, Ferreira ML, Sá OR, Costa RM. Câncer de mama x diagnóstico. *Rev Mult Psic.* 2019; 3(44):877-85.
5. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos LC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a atenção primária à saúde. *Divulg Saude Debate.* 2014; (52):114-24.
6. Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SM. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2017; 2(39):1-18.
7. Santos F, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface (Botucatu).* 2006; 10(19):25-41.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559/GM, de 1 de Agosto de 2008. Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União.* 4 Ago 2008.
9. Mendes EV. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. 2a ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
10. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saude Soc.* 2016; 25(2):320-35.
11. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cienc Saude Colet.* 2017; 22(4):1141-54.



12. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 51-72.
13. Santos AM, Almeida PF. Atención especializada en regiones de salud: desafíos para garantizar el cuidado integral en Brasil. *Rev Salud Publica*. 2018; 20(3):301-7.
14. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, Silva GA, Sant'Ana DR, Stein AT. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(6):e00046317.
15. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.732/2012, de 22 de Novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. 22 Nov 2012.
16. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
17. Bodenheimer T. Coordinating care - a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008; 358(10):1064-71.
18. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(5):1499-510.
19. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do programa mais médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2773-84.
20. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saude Debate*. 2012; 36(95):640-7.
21. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Jr. GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(4):1283-93.
22. Tomazelli JG, Migowski A, Ribeiro CM, Assis M, Abreu DMF. Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2017; 26(1):61-70.
23. Goldman RE, Figueiredo EN, Fustinoni SM, Souza KMJ, Almeida AM, Gutiérrez MGR. Rede de atenção ao câncer de mama: perspectiva de gestores da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72 Suppl 1:274-81.



The aim of this article was to analyze healthcare regulation processes based on actions for the early detection of breast cancer in a regional perspective. A qualitative and descriptive study was carried out in a health region by means of semi-structured interviews with Primary Care and Healthcare Regulation managers. In the region, traditional Primary Care models co-exist with the Family Health Strategy. The regulation centers were heterogeneous concerning computerization, with referrals being predominantly sent by Primary Care in pouches. Multiple regulation systems were identified, under state, municipal and regional management. The implementation of the Cancer Information System was not concluded, which hindered the monitoring of actions and the coordination of care. Efforts to qualify the regulatory processes performed by municipalities were identified, although they remained atomized and parallel actions, without the state manager coordinating and articulating the regionalized networks.

Keywords: Comprehensive healthcare. Regionalization of healthcare. Breast cancer. Health regulation.

Se buscó analizar los procesos de regulación asistencial a partir de las acciones para detección precoz del cáncer de mama desde una perspectiva regional. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, en una región de salud, por medio de entrevistas semiestructuradas con gerentes/gestores de la Atención Básica (AB) y de la Regulación Asistencial. En la región conviven modelos de AB tradicionales y Estrategia Salud de la Familia. Las centrales de regulación eran heterogéneas en lo que se refiere a la informatización, con predominio de los envíos de las referencias vía valija desde la AB. Se identificó la multiplicidad de sistemas regulatorios, bajo gestión estatal, municipal y regional. La implantación del Sistema de Información de Cáncer no se hizo efectiva, comprometiendo el monitoreo de las acciones y coordinación del cuidado. Se identificaron esfuerzos para calificar los procesos regulatorios realizados por los municipios, aunque permanecieran como acciones atomizadas y paralelas, sin actuación del gestor estatal en la coordinación y articulación de las redes regionalizadas.

Palabras clave: Asistencia integral de la salud. Regionalización de la salud. Cáncer de mama. Regulación en salud.

Submetido em 02/09/19.

Aprovado em 28/06/20.

Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento

Adult users classified as least urgent in Emergency Care Unit (abstract: p. 15)

Usuarios adultos clasificados como poco urgentes en Unidad de Urgencias (resumen: p. 15)

Gisele De César Schafirowitz^(a)

<sgisele@ghc.com.br> 

Aline Corrêa de Souza^(b)

<alinea@ufcspa.edu.br> 

^(a) Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, Grupo Hospitalar Conceição. Avenida Francisco Trein, 596, Cristo Redentor. Porto Alegre, RS, Brasil. 91350-200.

^(b) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

O objetivo da presente pesquisa foi conhecer os usuários vinculados às 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que se consultaram em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e receberam classificação de risco pouco urgente, em um município brasileiro de grande porte, em 2017. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa que utilizou dados secundários do serviço. Foram identificados 3.584 usuários que atenderam aos critérios do estudo. Estes representaram 7% do total de usuários dessa UPA que tiveram a mesma classificação. A maioria dos usuários possuía entre 41 e 65 anos (36,3%), principalmente mulheres (62,3%), e preferiram ser atendidos em dias e horários em que as UBSs estavam fechadas. Houve relação positiva entre o número de indivíduos cadastrados em cada UBS e a demanda de consultas pouco urgentes para adultos na UPA; além disso, a faixa etária relacionou-se com o horário de busca do atendimento. Os principais sintomas observados foram: cefaleia; dispneia; e dor abdominal, lombar e de garganta.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Serviços médicos de emergência. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil busca constantemente a melhoria da qualidade dos serviços prestados, sendo o financiamento o grande desafio. A política de saúde vigente define que a Atenção Básica em Saúde (ABS) é a porta de entrada à rede de serviços para coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços de saúde disponibilizados¹. Neste artigo, utiliza-se o termo “ABS”, conforme as referências dos materiais do Ministério da Saúde¹.

No contexto das urgências e emergências, o processo de trabalho das equipes de atenção básica deve contemplar um acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidades de saúde e a análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências². Apesar de muitos avanços, existe ainda a necessidade de se adequar serviços, ampliar o acesso, fortalecer os vínculos e estabelecer um sistema de referências eficaz, para que a maioria dos problemas possam ser resolvidos integralmente na sua Unidade Básica de Saúde (UBS)^{3,4}.

O atendimento aos usuários com quadros agudos, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, mesmo que fora da área de abrangência³. A dificuldade de agendamento de consulta e o local de Atenção Primária à Saúde ficar menos tempo aberto por dia inibem o acesso a esta, o que resulta em uso excessivo dos serviços de emergência⁵.

A Política Nacional de Atenção às Urgências incluiu a criação das UPAs, integrando-as aos serviços móveis de urgência, hospitalares, domiciliares e de Atenção Básica⁶. As UPAs são estruturas de complexidade intermediária; atuam 24 horas por dia, todos os dias da semana; e têm pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para UBSs, atendimento domiciliar, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e rede hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população^{7,8}.

A utilização excessiva das emergências está ligada a uma questão cultural, relacionando-se também, entre outros fatores, à qualidade da atenção oferecida; assim, conhecer a demanda é uma ação necessária para melhorar ainda mais a resolutividade desses serviços⁸. Vários estudos demonstram que serviços de urgência e emergência ainda servem de porta de entrada ao sistema, mesmo em situações pouco urgentes ou não consideradas urgências médicas⁸⁻¹¹. A dificuldade de acesso à assistência nos serviços de Atenção Básica, a não viabilidade das contrarreferências e a falta de leitos hospitalares são alguns dos indutores de superlotação nas emergências¹².

A adequada organização dos serviços de saúde e o planejamento da educação permanente dos profissionais dependem do conhecimento da realidade local e das necessidades da população^{13,14}. A identificação dos usuários mais frequentes dos serviços otimiza a utilização dos cuidados de saúde e diminui o tempo de permanência de indivíduos com problemas pouco urgentes nas emergências¹⁵. Da

mesma forma, a implementação de estratégias no nível de Atenção Básica, com uma assistência à saúde continuada, somada a uma abordagem integral e com ênfase na prevenção, garante um atendimento de melhor qualidade e com custo menor⁸.

Justifica-se a realização de investigações científicas sobre o assunto, pois, ao observarem-se os dados da Secretaria Municipal da Saúde do município estudado, em 2015 e 2016, nos serviços de emergência, mais de 60% dos usuários, entre adultos e crianças, haviam recebido classificação “pouco urgente”¹⁶, que, segundo o protocolo de Manchester, indica que apresentam sinais e sintomas indicativos de problemas eletivos¹⁷.

O objetivo do presente estudo foi conhecer e analisar a demanda e perfil dos usuários adultos vinculados a 12 UBSs, que buscaram atendimento clínico em uma UPA e foram classificados como pouco urgentes durante 2017. As variáveis pesquisadas foram: sexo; idade; principal sintoma; Unidade de Saúde de procedência; e dia e horário do atendimento.

O estudo dessas características possibilitará a implementação de ações nas duas esferas de atendimento que podem envolver desde a reorganização dos processos de trabalho das unidades até o planejamento de programas de educação permanente. Um serviço de emergência que acolhe muitos usuários, pessoas com situações pouco urgentes, pode ser considerado uma unidade sentinela do serviço de Atenção Básica.

Metodologia

Estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa, fundamentado na Política Nacional de Atenção Básica e de Atenção às Urgências e que considera a necessidade de planejamento e gestão em saúde para a melhoria da qualidade e do acesso à saúde. A pesquisa foi realizada em uma UPA de um município de grande porte do Rio Grande do Sul, utilizando dados secundários do banco de dados de acesso restrito do serviço. Foram incluídos no estudo 12 UBSs, cujos indivíduos adultos cadastrados estiveram em consulta na UPA em 2017 com atendimentos classificados como pouco urgentes.

Entre os atendimentos na UPA, foram excluídos os registros em duplicidade, indivíduos menores de 18 anos, vinculados ao consultório de rua e com classificação inadequada. Neste estudo, não são consideradas consultas clínicas os seguintes atendimentos: Pediatria, Odontologia e Cirurgia. Portanto, a amostra em estudo foi constituída por indivíduos adultos que receberam classificação de risco pouco urgente para a consulta com clínico na UPA, durante todo o ano de 2017, e que possuíam vínculo a essas 12 UBSs.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, sintoma principal, UBS de procedência (distância até a UPA e população cadastrada), estações do ano, dias e horários de chegada na UPA (diurno, noturno e horários de UBS abertas e fechadas). Por meio da identificação do sintoma discriminador utilizado no fluxograma da classificação de risco, o principal sintoma foi definido. Foram considerados dias não úteis, fins de semanas e feriados nacionais e municipais. Os horários de UBS aberta foram definidos como das 8h01 até às 18h de todos os dias úteis, pois este era o horário de funcionamento da maioria das unidades incluídas no estudo naquele ano. As distâncias de cada uma das UBSs até a UPA foram determinadas por meio da inserção dos endereços dos serviços no

aplicativo Google Maps e obtendo a distância em quilômetros entre cada um deles e a UPA, em linha reta. A população adstrita e o horário de funcionamento de cada serviço foram identificados por meio de relatório fornecido pela gerência.

A UPA deste estudo é porte três, com 22 leitos e capacidade de atendimento de trezentos a 450 casos de baixa e média complexidade por dia^{3,6}. As UBSs estudadas são campo de atuação e de formação multiprofissional, além da produção do conhecimento e tecnologias em Atenção Básica à Saúde para o SUS. São responsáveis por 12 territórios-áreas de abrangência, totalizando uma população de aproximadamente cem mil pessoas¹⁸.

A coleta foi realizada no “Banco de dados de acesso restrito do serviço”, que armazena as informações das classificações de risco. O período estudado foi de primeiro de janeiro à 31 de dezembro de 2017. Foi realizada análise descritiva a partir das frequências absolutas e percentuais, assim como cruzamentos bivariados e o Teste do Qui-Quadrado, além da inspeção dos resíduos ajustados¹⁹.

O presente estudo obedeceu à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde²⁰, que dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisas com seres humanos. Esta pesquisa foi realizada somente com dados secundários, sem a identificação das pessoas, bem como as UBSs estudadas foram codificadas com letras de A a L. Para a efetivação da pesquisa, o projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição, que é responsável pelas pesquisas nos dois serviços estudados (Parecer n. 2.928.200). Para a realização deste estudo, não existiu nenhum tipo de conflito de interesses.

Resultados

No ano de 2017, a UPA em análise realizou 123.338 atendimentos, dos quais 73.390 foram consultas clínicas. Entre as consultas clínicas, 50.939 (69,4%) foram classificadas como pouco urgentes e 4.226 desses usuários, possuíam vínculo com as 12 UBSs em estudo. Após a exclusão de indivíduos menores de 18 anos, com atendimentos em duplicidade, com classificações inadequadas e vinculados ao consultório de rua, a população analisada foi de 3.584 usuários, o que representa 7% das pessoas que buscaram a UPA e tiveram a mesma classificação. Considerando que a população em estudo são todos os usuários classificados pouco urgentes, oriundos das 12 UBSs selecionadas e que buscaram atendimento na UPA em 2017, esses dados têm significado estatístico.

Na tabela 1, é apresentada a totalidade das classificações dos atendimentos. Observamos que as classificações verdes (pouco urgentes) são a maioria quando observamos a totalidade dos atendimentos (72,6%) e entre todos os atendimentos clínicos (69,4%). A maior procura das pessoas que se consultam na UPA é pelo atendimento clínico (59,5%).

Tabela 1. Classificações de risco dos usuários da UPA em 2017 (n = 123,338)

Classificação de risco	Total de atendimentos		Atendimentos clínicos	
	Atendimentos	Percentual	Atendimentos	Percentual
Vermelha	239	0,2%	194	0,3%
Laranja	7.659	6,2%	5.894	8,0%
Amarela	19.022	15,4%	15.642	21,3%
Verde	89.531	72,6%	50.939	69,4%
Azul	3.843	3,1%	670	0,9%
Branca	3.044	2,5%	51	0,1%
Total	123.338	100%	73.390	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Na análise descritiva a que este estudo se propôs, a tabela 2 demonstra as características dos usuários estudados. Os pacientes eram na sua maioria do sexo feminino (62,6%) e a faixa etária predominante foi entre 41 e 65 anos (36,3%).

Com relação a horários de consultas, a maior busca de atendimento foi entre 8h e 18h (62,3%). Ao comparar os dias úteis com os demais dias do ano, a maioria dos pacientes buscou atendimento em dias úteis (63,4%). Ao combinarmos dias e horários, observa-se que 62,6% chegava à UPA em horários em que as Unidades de Saúde estavam fechadas.

Mais da metade dos pacientes estudados eram provenientes de quatro unidades (G, E, I e F). No entanto, as distâncias não interferiram na demanda de consultas, mas a população cadastrada, sim. Quando analisamos essas variáveis, o resultado sugere que pode existir uma relação linear entre a população adstrita, cujo vínculo com as unidades foi identificado, e o número de consultas na UPA, sendo a correlação igual a 0,69 ($p = 0.014$). Dessa forma, quanto maior a população cadastrada, maior o número de consultas. Em se tratando da distância, a relação não foi verificada.



Tabela 2. Características dos usuários adultos do serviço de saúde comunitária classificados como pouco urgentes na UPA em 2017 e UBSs de procedência (n = 3584)

Características	N	%
Sexo		
Feminino	2.245	62,6
Masculino	1.339	37,4
Faixa etária		
De 18 a 26 anos	818	22,8
De 27 a 40 anos	893	24,9
De 41 a 65 anos	1.300	36,3
De 66 a 80 anos	469	13,1
Mais de 80 anos	104	2,9
Horário do atendimento		
8h01 às 18h	2.234	62,3
18h01 às 8h	1.350	37,7
Categoria de dia		
Útil	2.272	63,4
Não útil	1.312	36,6
Atendimentos UPA X Horário de funcionamento das UBSs		
Aberta: 8h01-18h – dias úteis	1.342	37,4
Fechada: 18h01-8h – dias úteis e todos os horários dos dias não úteis	2.242	62,6
UBS de procedência (distância da UPA/população cadastrada)		
G (4.8 km/13,836 pessoas)	725	20,2
E (2.9 km/21,900 pessoas)	504	14,1
I (7.3 km/9,504 pessoas)	436	12,2
F (2.8 km/11,170 pessoas)	365	10,2
J (2.3 km/17,009 pessoas)	331	9,2
C (4.5 km/4,754 pessoas)	271	7,6
K (6.9 km/2,938 pessoas)	265	7,4
H (5.2 km/4,064 pessoas)	257	7,2
D (3.6 km/5,347 pessoas)	143	4,0
L (4.3 km/4,766 pessoas)	140	3,9
B (4.1 km/6,167 pessoas)	103	2,9
A (4.6 km/4,010 pessoas)	44	1,2
Total	3.584	100,0

Fonte: Dados da pesquisa/gerência das UBSs18 e IBGE21.

Demonstra-se, na tabela 3, a associação entre o horário de atendimento na UPA e o horário de funcionamento das UBSs em uma das faixas etárias dos pacientes. O resultado sugere que pacientes de 66 a 80 anos estão positivamente relacionados com as consultas na UPA em horários em que as Unidades Básicas estão abertas ($p < 0.001$). O Teste

do Qui-Quadrado de Pearson foi realizado em todas as faixas etárias e são mostrados de forma detalhada na tabela 3. O resultado apontou associação entre a faixa etária e situação de atendimento das UBS (aberta X fechada). Para identificar especificamente em quais faixas etárias a relação estava evidenciada, foi realizada inspeção dos resíduos ajustados.

Os resultados sugerem que a faixa etária de 18 a 26 anos mostra-se positivamente relacionada com o horário de atendimento da UBS fechada, enquanto para as faixas etárias de 66 anos a oitenta anos e mais de oitenta anos, a relação foi positiva entre a faixa etária e o horário de atendimento da UBS aberta, sugerindo que os mais jovens buscam atendimento na UPA enquanto a UBS está fechada e, por outro lado, a procura pelos atendimentos para indivíduos com 66 anos ou mais, na UPA, é mais frequente nos horários em que a UBS está aberta. Para as faixas etárias de 27 a quarenta anos e 41 a 65 anos, os resíduos não foram significativos.

Tabela 3. Relação entre faixa etária e admissão na UPA considerando o horário de funcionamento das UBSs (n = 3,584)

Faixa etária	Dia e horário				Total	P
	Aberta (8h01-18h – dias úteis)		Fechada (18h01-8h – dias úteis e todos os não úteis)			
	N	%	N	%		
De 18 a 26 anos	283	21	535	24	818	23
De 27 a 40 anos	317	24	576	26	893	25
De 41 a 65 anos	480	36	820	37	1,300	36
De 66 a 80 anos	214	16	255	11	469	13
Mais de 80 anos	48	4	56	2	104	3
Total	1.342	100	2.242	100	3.584	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Podemos observar na tabela 4 os sintomas principais mais frequentes que os usuários classificados como pouco urgentes referiram na classificação de risco. Os mais frequentes são: dor abdominal, cefaleia, dor lombar, dispneia e dor de garganta.

**Tabela 4.** Sintomas principais na classificação de risco

Sintomas	N	%
Dor abdominal	510	14,2
Cefaleia	490	13,7
Dor lombar	316	8,8
Dispneia	276	7,7
Dor de garganta	275	7,7
Diarreia e vômitos	211	5,9
Disúria	189	5,3
Dor em membros inferiores	140	3,9
Dor torácica	139	3,9
Otalgia	94	2,6
Dor cervical	83	2,3
Tonturas	77	2,1
Dor articular	64	1,8
Alergias	52	1,5
Tosse produtiva	48	1,3
Erupção cutânea	42	1,2
Tosse	41	1,1
Vômitos	41	1,1
Palpitações	40	1,1
Mordeduras e picadas	32	0,9
Dor em membros superiores	29	0,8
Olho vermelho	29	0,8
Diarreia	28	0,8
Parestesias	27	0,8
Feridas	26	0,7
Diabetes	23	0,6
Dor na face	21	0,6
Mal-estar	18	0,5
Febre	15	0,4
Asma	12	0,3
Edema facial	11	0,3
Edema de membros inferiores	10	0,3
Feridas no pênis	10	0,3
Náuseas	10	0,3
Desmaio	9	0,3
Dor testicular	8	0,2
Tosse seca	8	0,2
Diminuição da acuidade auditiva	7	0,2
Cólica renal	6	0,2
Epistaxe	6	0,2
Prurido	6	0,2

Continua.



Sintomas	N	%
Secreção uretral	6	0,2
Sondagem	6	0,2
Tremores	6	0,2
Outros (41)	91	2,5%
Total	3.584	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando os cinco sintomas mais frequentes são distribuídos conforme os meses do ano, visualiza-se uma variação, pois, no verão, a diarreia tem maior percentual do que a dispneia, a dor lombar e a dor de garganta. No outono e no inverno, identifica-se maior percentual de dispneia se comparado aos meses de primavera e verão. A dor de garganta não aparece como os cinco mais frequentes no verão. A dor abdominal somente não é a mais frequente no inverno, pois houve mais queixas de cefaleia.

Tabela 5. Distribuição dos sintomas principais nas estações do ano

Estação do ano	Sintomas	n	%
Verão	Dor abdominal	129	14,8
	Cefaleia	112	12,8
	Diarreia e/ou vômitos	81	9,3
	Dor lombar	65	7,5
	Dispneia	54	6,2
Outono	Dor abdominal	163	16,7
	Cefaleia	156	16,0
	Dor lombar	91	9,3
	Dispneia	83	8,5
	Dor de garganta	70	7,2
Inverno	Cefaleia	107	14,4
	Dor abdominal	85	11,4
	Dor de garganta	71	9,5
	Dispneia	63	8,5
	Dor lombar	57	7,7
Primavera	Dor abdominal	133	13,4
	Cefaleia	115	11,6
	Dor lombar	103	10,4
	Dor de garganta	90	9,1
	Dispneia	76	7,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

A busca de atendimento com situações pouco urgentes é um achado comum, sendo verificado em vários estudos^{9-12,22}. Quando observamos a totalidade dos atendimentos do serviço em estudo, 72,59% dos usuários receberam a classificação de risco pouco urgente, um percentual maior do que a média geral de todos os prontos atendimentos de Porto Alegre, sendo de 63,06% em 2015 e 66,8% em 2016, que receberam esta mesma classificação, segundo o protocolo de Manchester⁶. Quando avaliamos separadamente apenas os atendimentos clínicos (73.390 casos), 50.939 foram classificados como pouco urgentes (69.4%).

Ao compararmos esse resultado com três estudos nacionais envolvendo emergências hospitalares, observamos que este foi superior. Um estudo realizado em Ouro Preto considerou inadequadas 58,9% das consultas²²; já em outro, realizado em Londrina, foi evidenciado que 60,3% da amostra foi classificada na cor verde¹⁰; e em outro, em Porto Alegre, observou-se que 39% dos casos não se enquadravam como casos de urgência ou de emergência⁸.

Estudos internacionais permitem-nos inferir que, apesar de realidades distintas, em vários países há políticas relacionadas a diminuir a busca por emergências²³⁻²⁵, pois apesar de controverso, gera custos desnecessários²⁶. Relaciona-se ao uso inadequado dos serviços de emergência a possibilidade da resolução do problema em serviços de Atenção Básica²²⁻²⁴ e isso está diretamente ligado à Classificação de Risco de Manchester²⁷, que caracteriza os casos como “não urgentes” ou “pouco urgentes”. Um desses estudos sugere que as alavancas para reduzir a frequência desnecessária do uso de departamento de emergência não estão no nível da Atenção Primária à Saúde, mas no nível dos determinantes sociais mais amplos da saúde, como renda, emprego, educação, moradia e níveis de criminalidade²⁴.

Pesquisando pacientes da emergência hospitalar, Stein⁸ evidenciou que usuários considerados não urgentes relataram que não buscaram a sua Unidade Básica de Saúde pelo fato, em primeiro lugar, de a unidade estar fechada quando precisou e, em segundo, porque na emergência consideravam que havia mais recursos. Em estudos realizados na Inglaterra, 26,5% dos indivíduos que se consultaram na emergência o fizeram por não conseguir atendimento com seu médico geral²³ e estima-se que, naquele país, aproximadamente 76% dos atendimentos de emergência poderiam ter sido evitados e potencialmente tratados no nível de Atenção Primária²⁴.

O presente estudo permitiu constatar que os pacientes vinculados às 12 UBSs estudadas apresentaram uma baixa procura ao atendimento na UPA, com situações pouco urgentes, pois os 3.584 usuários representaram apenas 2,9% dos 123.338 atendimentos. Além disso, apenas 1.342 usuários se consultaram em horário das unidades abertas, o que corresponde a 2,6% dos 50.939 atendimentos pouco urgentes.

A população vinculada às UBSs era na sua maioria do sexo feminino (62,6%). Vários estudos mostram que as mulheres se consultam mais em emergências ou na Atenção Primária^{8,22,28-30}.

No entanto, Feijó *et al.*¹⁰ relatam a predominância de usuários do sexo masculino (58,6%). Destaca-se que, neste local, há também atendimento a traumas e sabe-se que os homens são mais expostos à violência urbana.

A faixa etária predominante foi entre 27 a 65 anos, sendo que isso se repete na maioria dos estudos, pois mostram a predominância de pessoas com idade produtiva e que buscam atendimentos em emergências^{8,10,27,31}.

Foi verificada a preferência dos usuários pelos dias úteis e pelos horários diurnos, o que também é demonstrado em serviços semelhantes, nas cidades de Ouro Preto e Florianópolis^{24,27}. Machado²² refere que há duas vezes mais chance de consultas em dias úteis constituírem uso inadequado da UPA.

Chama atenção neste estudo o fato de que, ao combinarmos dias e horários, vê-se que 62,6% dos usuários chegavam à UPA em horários em que as Unidades de Saúde estavam fechadas, mas lembremos que, ao longo de uma semana, os serviços de Atenção Básica estão abertos por somente 30% das horas de atendimento na UPA, o que pode estar influenciando esse dado. Quando relacionada à faixa etária com o horário de atendimento, avistou-se que os idosos se consultam mais na UPA, mesmo em horários em que as Unidades Básicas estão abertas, provavelmente porque os idosos saem menos à noite.

Cabe ressaltar que essa discrepância se explica porque os usuários preferem se consultar durante o dia mesmo em fins de semanas e pelo fato de as Unidades de Saúde ficarem abertas em uma semana por cinquenta horas e fechadas por 118 horas, gerando a impressão de distorção dos dados e com uma aparente incoerência.

Sobre a variável “procedência da demanda”, o resultado sugere que há uma relação linear entre a população adstrita e o número de consultas na UPA – quanto maior a população cadastrada, maior o número de consultas. Em se tratando da distância, a relação não foi verificada, apesar de as pesquisadoras observarem nos números absolutos uma menor utilização do serviço por moradores de bairros que possuem um acesso mais facilitado a outro pronto atendimento.

Em 2012, em um estudo da demanda de consultas não urgentes em um hospital de grande porte, identificou-se como motivo principal de consultas a dor abdominal, em 11% dos casos²⁹. Torna-se relevante para os serviços incluídos neste estudo saber que os cinco principais sintomas relatados pelos pacientes no Pronto Atendimento estão entre os trinta problemas principais do diagnóstico de demanda em atenção primária, realizado em outro município do sul do país²⁸. As doenças respiratórias e osteomusculares, de acordo com estudo realizado em Minas Gerais, são as principais causas de consulta inadequadas e consideradas não urgentes²².

Os sintomas principais relatados pelos usuários neste estudo são dor abdominal, cefaleia, dor lombar, dispneia e dor de garganta, enquanto os principais motivos de procura por emergências e pronto atendimentos se referem a doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho circulatório²². Porém, esses estudos são sobre todos os tipos de classificações.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa adicionam informações sobre um problema muito prevalente em todo o mundo: a questão da aglomeração de pessoas em serviços de urgências e emergências. A busca por serviços de emergência com situações pouco urgentes é um problema mundial³⁰. Pesquisas anteriores demonstraram que uma

proporção significativa de pacientes com condições não urgentes, que se consultou em serviços de emergências, tentou antes acessar serviços alternativos³¹.

O número de consultas no serviço de emergência foi pequeno se considerarmos que os usuários são procedentes de 12 unidades básicas de saúde, com uma população adstrita de cem mil pessoas. Portanto, infere-se que os usuários cadastrados nessas UBSs têm um vínculo adequado e provavelmente uma boa qualidade de atendimento.

Essa demanda existe e, mesmo em países desenvolvidos, os pacientes encontram dificuldades em conseguir uma consulta na Atenção Básica, buscando os prontos atendimentos^{23,24}. A percepção equivocada da gravidade dos sintomas pode explicar, em parte, o uso inadequado dos departamentos de emergência dos hospitais por pacientes não urgentes¹¹.

Os modelos de atenção devem ser focados nas necessidades de saúde da população; portanto, a criação e consequente utilização de protocolos estão voltados às demandas mais prevalentes³². Considerando essas características identificadas e individualizadas, deve-se planejar mudanças que proporcionem acesso mais oportuno à Atenção Básica em todo o município, pois isso reduz o uso inadequado de serviços de emergências. Ações que qualifiquem os prontos atendimentos da mesma forma podem diminuir a aglomeração e o tempo de espera, por realizarem um atendimento mais organizado e resolutivo. Toda a rede de saúde deve estar integrada, desde que organizada e pactuada, pois isso possibilita a continuidade do cuidado. Um serviço deve complementar a ação do outro e todos devem agir na tentativa de o centro da atenção ser o paciente e sua família.

Contribuição das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração deste artigo.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017; sec. 1, p. 68.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).



3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. p. 24-37.
4. Oliveira DC. A universalização e o acesso à saúde: consensos e dissensos entre profissionais e usuário. *Cad Saude Colet.* 2017; 25(4):483-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700040078>.
5. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Características da demanda do serviço de saúde de emergência do Sul do Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16 Supl 1:1060-79.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de Janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
8. Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.
9. Costa JSM. Serviços de urgência e emergência hospitalar: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
10. Feijó VBER, Cordoni JL, Souza RKT, Dias AO. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saude Debate.* 2015; 39(106):627-36.
11. Botelho A, Dias IC, Fernandes T, Pinto LMC, Teixeira J, Valente M, et al. Overestimation of health urgency as a cause for emergency services inappropriate use: Insights from an exploratory economics experiment in Portugal. *Health Soc Care Community.* 2019; 27(4):1031-41. Doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12720>.
12. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. *Cad Saude Colet.* 2016; 24(1):49-54. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>.
13. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saude Publica.* 2014; 48(1):170-85.
14. Lopes SRS, Melo LO, Pereira MF, Piovesan ETA. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Comun Cienc Saude.* 2007; 18(2):147-55.
15. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJH, Schultz CW, Sarpatwari R, et al. Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a midsized city. *Acad Emerg Med.* 2013; 20(11):1101-11.
16. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria Municipal da Saúde. Porto Alegre: Prefeitura Municipal; 2017 [citado 20 Jul 2019]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf
17. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. 2a ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A: dados fornecidos pela Gerência de Saúde Comunitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.



19. Zar JH. *Biostatistical Analysis*. 4a ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1998.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*. 13 Jun 2013; sec. 1, p. 59.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem populacional de Porto Alegre, RS [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 20 Jul 2019]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf
22. Machado GVC, Oliveira FLP, Barbosa HAL, Giatti LBPF. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. *Cad Saude Colet*. 2015; 23(4):416-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040177>.
23. Cowling TE, Harris MJ, Watt HC, Gibbons DC, Majeed A. Access to general practice and visits to accident and emergency departments in England: cross-sectional analysis of a national patient survey. *Br J Gen Pract*. 2014; 64(624):e434-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp14X680533>.
24. Harris MJ, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilization: an observational, cross-sectional, ecological study. *Br J Gen Pract*. 2011; 61(593):e787-93. Doi: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.3399/bjgp11X613124>.
25. Harris P, Whitty JA, Kendall E, Ratcliffe J, Wilson A, Littlejohns P, et al. The Australian public's preferences for emergency care alternatives and the influence of the presenting context: a discrete choice experiment. *BMJ Open*. 2015; 5(4):e006820. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006820>.
26. Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med*. 2011; 29(3):333-45.
27. Dixe MACR, Passadouro R, Peralta TFC, Lourenço GS, Pedro ML. Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Rev Enf Ref*. 2018; 4(16):41-52.
28. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP) [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.
29. Abreu KP. Utilização Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
30. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-4. Doi: <http://dx.doi.org/101590>.
31. Unwin M, Crisp E, Rigby S, Kinsman L. Investigating the referral of patients with non-urgent conditions to a regional Australian emergency department: a study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1):647.
32. Uchôa SAC, Camargo JKR. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(4):2241-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400038>.



The objective of this study was to know the users of 12 Primary Care Units (UBSs) who went to an Emergency Care Unit (UPA) and were classified as least urgent in a Brazilian large city in 2017. The quantitative approach research used secondary data of the service. A total of 3,584 users met the study's criteria. They represent 7% of the total users of this UPA who had the same classification. Most of the users were 41 to 65 years old (36.3%), mostly women (62.3%), and preferred days and times the UBSs were closed. There was a positive correlation between the number of individuals registered in each UBS and the demand for least urgent appointments for adults at UPA, and the age range was related to the time they sought the service. The main symptoms observed were: headache, dyspnea, abdominal and back pain, and sore throat.

Keywords: Health management. Emergency medical services. Primary Healthcare. Access to healthcare. Brazilian National Health System.

Conocer a los usuarios vinculados a 12 Unidades Básicas de Salud (UBS), que se consultaron en una Unidad de Urgencias (UPA, por sus siglas en portugués) y recibieron clasificación de riesgo poco urgente en un municipio brasileño de grande porte en 2017. Estudio de abordaje cuantitativo, utilizó datos secundarios del servicio. Se identificaron 3.584 usuarios que atendieron los criterios del estudio. Ellos representaron el 7% del total de usuarios de esta UPA que tuvieron la misma clasificación. La mayoría de los usuarios tenía entre 41 y 65 años (36,3%), principalmente mujeres (62,3%) y prefirieron días y horarios en que las UBS estaban cerradas. Hubo una relación positiva entre el número de individuos registrados en cada UBS y la demanda de consultas poco urgentes para adultos en la UPA y el rango de edad se relacionó con el horario de búsqueda de la atención. Los principales síntomas observados fueron: cefalea, disnea, dolor abdominal, lumbar y de garganta.

Palabras clave: Gestión en salud. Servicios médicos de emergencia. Atención Primaria de Salud. Acceso a los servicios de salud. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 03/10/19.
Aprovado em 06/07/20.

Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família

Self-care deficit in the elderly: characteristics, associated factors and recommendations to Family Health Strategy teams (abstract: p. 15)

Déficit de autocuidado en ancianos: características, factores asociados y recomendaciones a los equipos de Estrategia Salud de la Familia (resumen: p. 15)

Lúcia Soares Buss Coutinho^(a)

<luciacoutinho@uniplaclages.edu.br> 

Elaine Tomasi^(b)

<elaine.tomasi@ufpel.edu.br> 

^(a) Curso de Medicina, Universidade do Planalto Catarinense. Avenida Mal. Castelo Branco, 170, Bairro Universitário. Lages, SC, Brasil. 88509-900.

^(b) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

O objetivo deste trabalho foi caracterizar o déficit de autocuidado em associação com características sociodemográficas, comportamentais, de condição de saúde, de acesso e utilização de serviços de saúde. Realizou-se um inquérito populacional e transversal com idosos adscritos ao território de equipe de Saúde da Família, em Lages, SC, Brasil. O *déficit* de autocuidado foi aferido com Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A). Entre os entrevistados, a maioria era do sexo feminino, branca, com idade entre sessenta e setenta anos. A prevalência do desfecho foi de 25% e relacionou-se significativamente a multimorbidade, pior autopercepção de saúde, consumo alimentar inadequado, baixa escolaridade, inatividade e dependência para as atividades básicas da vida diária, reforçando o papel das equipes de saúde em promover iniciativas de autocuidado, aproximando o cidadão de políticas públicas e recursos da comunidade local.

Palavras-chave: Autocuidado. Envelhecimento. Multimorbidade. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

Introdução

Em todo o mundo, um dos aspectos mais relacionados ao fenômeno da transição epidemiológica é o crescimento da população idosa¹. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira², em um contexto nacional de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições de saúde³⁻⁵.

A carga global de doenças não transmissíveis (DNT) e a multimorbidade, características dessa população, mostram-se como um problema de saúde pública de grande relevância, uma vez que atinge mais de 50% dos idosos no Brasil e reflete no maior risco de morte, no declínio funcional do idoso e no impacto negativo sobre sua qualidade de vida^{3,4,6}.

Observa-se uma crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde decorrente da incoerência entre a situação de transição demográfica e o modo como se estruturam os serviços; afinal, não se pode continuar a ofertar cuidados de saúde voltados prioritariamente para as condições agudas ou para as agudizações das condições crônicas, organizados de forma fragmentada^{7,8}.

Nesse contexto, surgem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que buscam dar respostas de qualidade, eficientes e efetivas no enfrentamento da tripla carga de doenças. A meta é organizar os serviços de saúde de forma a permitir uma atenção contínua e integral, por meio de cuidados continuados prestados pelos diferentes serviços de saúde, de uma forma articulada entre si e coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS)^{6,9}.

Ao mesmo tempo, consolida-se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), propondo mudanças importantes no desenho do sistema de prestação de serviços, enfatizando o autocuidado apoiado e iniciando um movimento de corresponsabilização das pessoas pela sua condição de saúde^{7,8}.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a se destacar como *locus* privilegiado para o cuidado dos idosos e de suas multimorbidades, singularizando os cuidados de saúde; centralizando a pessoa, e não mais na doença¹⁰⁻¹²; e buscando um equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção continuada⁹. Além disso, a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar, apoiado em ferramentas de tomada de decisão, procura garantir o princípio da equidade à luz dos determinantes sociais da saúde, considerando o meio em que vivem os indivíduos e reconhecendo seus saberes para o autocuidado⁹⁻¹².

Por outro lado, segundo as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde, instrumentalizar o autocuidado é muito mais do que dizer às pessoas o que devem fazer. O objetivo do autocuidado apoiado implica em cooperação entre a equipe de saúde e os usuários para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver as intercorrências¹³.

Dessa forma, importa compreender que o entendimento sobre o autocuidado se construiu ao longo do tempo em resposta ao movimento de unilateralização na tomada de decisão e quase ausência da participação dos indivíduos sobre as escolhas em relação à saúde, fruto de um momento de grande avanço das tecnologias duras e profissionalização do cuidado médico¹⁴⁻¹⁶.

Conceitualmente, o autocuidado evolui desde o conjunto de ações que o indivíduo desenvolve consciente e deliberadamente em seu benefício no sentido de manter a vida e o seu bem-estar¹⁵⁻¹⁷ até uma construção coletiva que aponta não só para a responsabilidade do indivíduo, mas também considera o apoio da família, dos amigos e das instituições de saúde como essenciais na contribuição para que os indivíduos tomem as melhores decisões para o seu bem-estar¹⁸.

Já a capacidade de autocuidado é definida como aquilo que a pessoa é capaz de realizar por si e para si própria, com base em três elementos básicos:

1. Disposições e capacidades fundamentais, relacionadas à condição de saúde dos indivíduos e à sua capacidade para executar as atividades básicas ou instrumentais da vida diária.
2. Componentes de poder, ligados aos aprendizados específicos e à compreensão da necessidade de mudar as coisas.
3. Operações de autocuidado propriamente ditas, elemento que amplia o conceito de autocuidado demonstrando que é necessário mais do que ter as condições fundamentais e o conhecimento para desenvolvê-lo, ou seja, que é necessário também decidir o que fazer e quando agir para alcançar a mudança ou atingir a regulação¹⁵⁻¹⁷.

Assim, o objetivo deste trabalho foi caracterizar os idosos com déficit de autocuidado do território investigando sua associação com as características sociodemográficas; comportamentais; de condição de saúde; e de acesso e utilização de serviços de saúde. Entende-se que reunir dados sobre o autocuidado da população local – para servir de subsídio a um programa de educação permanente direcionado aos profissionais da ESF, abrindo espaço para melhor compreender o território do ponto de vista das capacidades de autocuidado dos indivíduos; e discutir e aperfeiçoar os processos de trabalho da equipe, fortalecendo o compromisso de todos com a promoção do autocuidado e com um processo de envelhecimento saudável – esteja alinhado à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde¹⁹.

Métodos

Foi realizado um inquérito populacional de delineamento transversal, em uma amostra de pessoas com sessenta anos ou mais, adscritas ao território de abrangência de uma equipe de Saúde da Família (SF), na área urbana de município de porte médio no sul do Brasil.

Inicialmente, foi concluído um levantamento populacional para identificar todas as pessoas moradoras da área de abrangência da equipe de SF 44, incluindo aquelas sem cadastro formal no serviço. De acordo com as informações coletadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), o total de residentes na época era de 3.179 pessoas, das quais 552 eram idosos (17,4%).

A seguir, todos os domicílios onde residiam pessoas idosas foram mapeados, optando-se por limitar a amostra a um entrevistado por domicílio, previamente escolhido, de forma aleatória, totalizando 419 idosos.

Foram excluídos do estudo aqueles idosos que se mudaram para além dos limites do território ou aqueles que faleceram, no período de tempo entre o levantamento populacional e o início do trabalho de campo, além daqueles portadores de alguma deficiência física ou mental incapazes de responder ao instrumento. Os idosos que não estiveram presentes em nenhuma das três tentativas de visita foram considerados perdidos e aqueles que se negaram a responder o questionário tiveram as recusas contabilizadas.

A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2018, por meio de questionário padronizado e pré-codificado, aplicado no próprio domicílio. O trabalho de campo envolveu a seleção e capacitação de 17 entrevistadores voluntários, sendo nove profissionais da equipe de SF e os demais, estudantes de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac), inseridos no território por meio de atividades de integração ensino-serviço.

Foi realizado um estudo-piloto com vinte idosos moradores de outras áreas de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Coral, buscando preparar os entrevistadores, qualificar o instrumento e quantificar o tempo médio da coleta de dados. Além disso, o contato próximo com a equipe para recebimento e verificação dos instrumentos, bem como o esclarecimentos de dúvidas, sempre foi prioridade.

O desfecho do estudo foi o déficit de autocuidado, aferido por meio do instrumento Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A) anteriormente traduzido, validado e adaptado culturalmente para idosos no Brasil, atingindo bom desempenho psicométrico, alta consistência interna e estabilidade ou teste-reteste, assim como validade discriminante e concorrente¹⁷.

O instrumento se refere à disponibilidade, à vontade e às condições das pessoas para modificar suas vidas, melhorando-as. Também avalia os cuidados com alimentação, higiene e peso. Os itens aferem ainda se os respondentes procuram realizar adaptações para melhorar a própria saúde e se buscam rede de apoio em caso de dificuldades com os procedimentos de autocuidado¹⁷.

A variável de desfecho foi obtida inicialmente por meio do somatório da pontuação de cada um dos 24 itens da escala, de acordo com suas opções de resposta – discordo totalmente (1 ponto); discordo (2 pontos); nem concordo, nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos); e concordo totalmente (5 pontos)¹⁷ –, sendo recodificada, a seguir, de acordo com os quartis de sua distribuição. Assim, os idosos classificados no quartil inferior foram considerados com déficit de autocuidado, evidenciando-se aqueles indivíduos do território sob maior risco em virtude de suas menores capacidades para o autocuidado.

As variáveis independentes sociodemográficas foram: sexo (masculino ou feminino), idade em anos completos (sessenta a 64, 65 a setenta, 71 a 79 ou oitenta a 96), cor da pele autorreferida (parda/morena/preta ou branca), ter companheiro (sim ou não), escolaridade (superior, médio, fundamental completo ou fundamental incompleto), quartis de renda *per capita* em reais (143 a 750, 751 a mil, 1001 a 1750, ou 1751 a sete mil), ocupação (não aposentado e trabalha, aposentado e não trabalha, aposentado e trabalha ou não aposentado e não trabalha) e recebe algum benefício (sim ou não).

Os fatores comportamentais investigados foram: fumo²⁰ (nunca fumou, ex-fumante ou fumante); abuso de álcool, segundo Vigitel²¹ (sim ou não); cuida de algum familiar (sim ou não); atividades básicas de vida, segundo escala de Katz²² (dependente ou independente); atividades instrumentais de vida diária, segundo Lawton²³ (dependente ou independente); funcionalidade familiar²⁴ (boa funcionalidade, moderada disfunção ou elevada disfunção); atividade física, segundo Ipaq²⁵ (ativo ou inativo); consumo regular de frutas e hortaliças²¹ (sim ou não), feijão²¹ (sim ou não), carne com excesso de gordura²¹ (sim ou não), leite integral²¹ (sim ou não), doces²¹ (sim ou não) e refrigerantes²¹ (sim ou não); e substituição do almoço ou janta por lanches²¹ (sim ou não).

As variáveis que abordaram as características de saúde e acesso/utilização de serviços de saúde foram: autopercepção de saúde²⁶ (muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim); multimorbidade²⁷ (sim ou não); necessidade de utilização do serviço de saúde (sim ou não); se conseguiu ser atendido (sim ou não); se utiliza a USF Coral (sim ou não); e orientações recebidas dos profissionais de saúde sobre alimentação saudável (sim ou não), saúde bucal (sim ou não), risco de quedas (sim ou não), atividade física (sim ou não), uso correto da medicação (sim ou não) e acolhimento e classificação de risco (sim ou não).

Os questionários foram codificados, revisados e submetidos à dupla digitação por meio do aplicativo EpiData® versão 3.1²⁸. O banco de dados final foi exportado por meio do aplicativo Stat Transfer 5.0 para o pacote estatístico Stata 15.0, no qual foram realizadas as análises por meio do teste do qui-quadrado, razões de prevalência e intervalos de confiança de 95%.

O estudo contou com carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Lages e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) conforme parecer n. 2.782.544. A todos os entrevistados foi garantido o direito de não participação e o sigilo em relação à sua identificação diante das informações prestadas. Aos que concordaram em responder o questionário, foi solicitada assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Após estimar o quantitativo de idosos no território (n = 552), houve uma delimitação da população-alvo a um idoso por domicílio, havendo uma redução do número de idosos elegíveis (n = 419). Em virtude do intervalo de tempo entre o levantamento populacional e o início do trabalho de campo, acabou-se por excluir 34 idosos, sendo 12 destes por óbito e 22 por motivo de mudança de residência para fora dos limites do território antes do início das entrevistas (n = 385). Por fim, foram excluídos outros oito indivíduos portadores de alguma deficiência física ou mental incapazes de responder ao instrumento (n = 377), houve 33 perdas e foram registradas seis recusas, chegando-se ao total de 338 entrevistados, que correspondem a 90% da amostra.

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (65%) e 54% tinham entre 60 e 70 anos. A cor da pele branca foi referida por 86% e praticamente metade dos indivíduos (52%) viviam com companheiro(a). Dois quintos dos entrevistados não tinham ensino fundamental completo e 67% referiram estar aposentado e não trabalhar. Para metade da amostra, a renda familiar *per capita* oscilou entre R\$ 751,00 e R\$ 1.750,00 mensais (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra e *déficit* de autocuidado de acordo com características sociodemográficas. USF Coral, Lages, SC, 2018.

Característica	n (%)	Déficit de autocuidado	Razão de prevalências (IC95%)	p-valor
Sexo				0,327
Masculino	117 (34,6%)	29,1%	1,00	
Feminino	221 (65,4%)	23,5%	0,81 (0,85-1,79)	
Idade (anos)				0,448
De 60 a 64	89 (26,3%)	24,7%	1,00	
De 65 a 70	93 (27,5%)	21,5%	0,87 (0,51-1,48)	
De 71 a 79	106 (31,4%)	28,3%	1,15 (0,72-1,84)	
De 80 a 96	50 (14,8%)	28,0%	1,13 (0,64-2,01)	
Cor da pele				0,991
Parda/morena/preta	49 (14,5%)	26,5%	1,00	
Branca	289 (85,5%)	25,3%	0,95 (0,57-1,58)	
Tem companheiro				0,883
Não	161 (47,8%)	24,8%	1,00	
Sim	176 (52,2%)	26,1%	1,05 (0,73-1,52)	
Escolaridade				0,026
Superior	47 (14,7%)	19,1%	1,00	
Médio	67 (21,0%)	19,4%	1,01 (0,47-2,17)	
Fundamental completo	75 (23,5%)	25,3%	1,32 (0,65-2,68)	
Fundamental incompleto	130 (40,8%)	32,3%	1,69 (0,89-3,19)	
Quartis de renda per capita (reais)				0,073
De 1.751 a 7.000	78 (23,9%)	23,1%	1,00	
De 1.001 a 1.750	76 (23,2%)	17,1%	0,74 (0,39-1,41)	
De 751 a 1.000	87 (26,6%)	31,0%	1,35 (0,81-2,24)	
De 143 a 750	86 (26,3%)	31,4%	1,36 (0,82-2,27)	
Aposentadoria e trabalho				0,762
Não aposentado e trabalha	19 (5,8%)	15,8%	1,00	
Aposentado e não trabalha	218 (66,5%)	24,8%	1,57 (0,54-4,55)	
Aposentado e trabalha	51 (15,5%)	27,5%	1,74 (0,56-5,38)	
Não aposentado e não trabalha	40 (12,2%)	27,5%	1,74 (0,55-5,22)	

Quanto ao consumo de álcool e tabaco, 14% dos idosos eram fumantes e o abuso de álcool foi registrado para 16% dos homens e 3% das mulheres (IC 95% 1,28-5,10). Já a dependência para atividades básicas da vida diária atingiu 8% da amostra e a dependência para atividades instrumentais chegou a 18% entre os homens e 29% entre as mulheres.

Mais de metade dos idosos foram classificados como inativos, 15% referiram ser responsáveis pelo cuidado de algum familiar e 11% apresentavam algum grau de disfunção familiar. Cerca de dois terços dos entrevistados referiram consumir regularmente frutas, hortaliças e leite integral. O consumo regular de feijão foi referido por 52% e o de doces, por 28% dos idosos. Consumir regularmente carne com gordura e substituir refeições por lanches foi citado por 22% e 7% referiu consumo regular de refrigerantes (tabela 1).

Metade dos idosos (51%) percebia sua saúde como boa ou muito boa e cerca de três quartos referiu cinco ou mais problemas de saúde. Precisaram ser atendidos em serviços de saúde 75% dos entrevistados e, destes, apenas três não conseguiram ser atendidos.

Entre os entrevistados, 278 idosos (82%) afirmam que usam a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, mas apenas dois terços responderam que receberam dos profissionais de saúde orientação sobre uso correto de medicações ou acolhimento e classificação de risco. Metade recebeu orientação sobre alimentação saudável, 44%, sobre atividade física, e pouco mais de um terço, sobre saúde bucal e prevenção de quedas (tabela 1).

A pontuação na escala de autocuidado variou de 51 a 120, com média de 96,4 (d.p. 11,5) e mediana de 95 pontos. O ponto de corte para o primeiro quartil foi de 90 pontos, aqui considerado como a medida para o déficit de autocuidado, atingindo 25% dos idosos e delimitando aqueles que precisam ser alvo de atenção especial da equipe de saúde em virtude das suas características.

Aproveitando para instrumentalizar futuras ações de saúde, apresentamos na figura 1 os dez itens da escala com maior proporção de respostas negativas – discordo totalmente e discordo –, com destaque para aspectos relacionados à atividade física (39%), mudanças de hábitos em prol da saúde (20%), busca de informações sobre efeitos de medicamentos e duração suficiente de sono (16%).

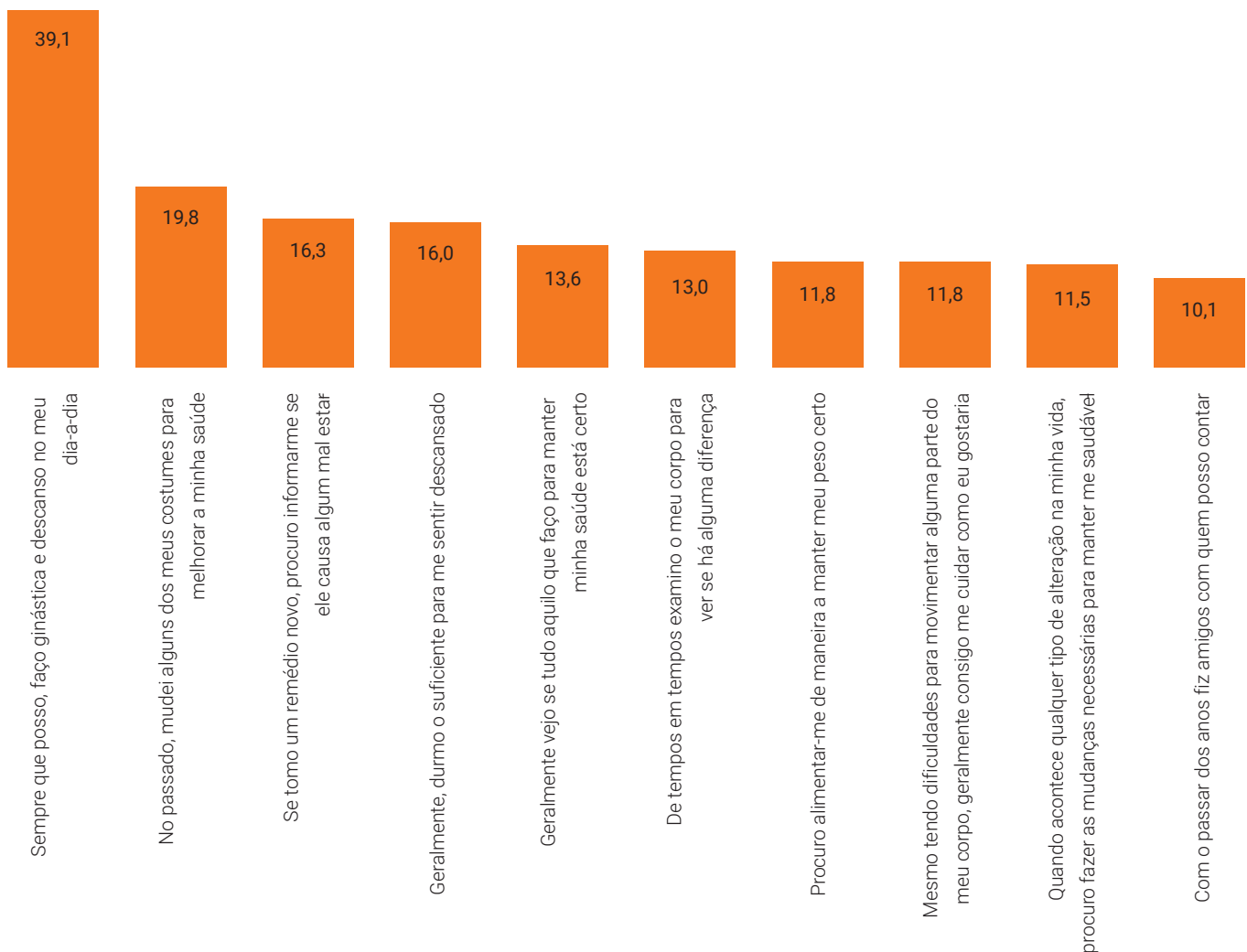


Figura 1. Proporção de idosos que responderam negativamente às afirmações sobre autocuidado. UBS Coral, Lages, SC, 2018.

Não foram observadas diferenças no déficit de autocuidado de acordo com o sexo, a idade, a cor da pele, ter companheiro(a) e situação de aposentadoria e trabalho. Quanto mais baixa a escolaridade ($p = 0,026$) e a renda familiar ($p = 0,073$), maiores as prevalências do déficit de autocuidado (tabela 1).

Idosos classificados como dependentes para atividades básicas da vida diária e os inativos fisicamente apresentaram significativamente mais déficit do que os classificados como independentes ($p = 0,006$) e como ativos ($p < 0,001$). Encontrou-se uma prevalência 1,62 vezes maior (IC95% 1,04-2,51) de déficit de autocuidado entre os indivíduos que não consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana e 2,08 maior (IC95% 1,45-2,98) entre os idosos que referiram consumir regularmente carnes com excesso de gorduras (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra e déficit de autocuidado de acordo com características comportamentais. USF Coral, Lages, SC, 2018.

Característica	n (%)	Déficit de autocuidado	Razão de prevalências (IC95%)	p-valor
Fumo ¹				0,592
Nunca fumou	173 (51,6%)	25,4%	1,00	
Ex-fumante	116 (34,6%)	22,4%	0,88 (0,58-1,35)	
Fumante	46 (13,7%)	28,3%	1,11 (0,66-1,88)	
Abuso de álcool (homens) ²				0,933
Não	93 (83,8%)	29,0%	1,00	
Sim	18 (16,2%)	33,3%	1,15 (0,56-2,37)	
Abuso de álcool (mulheres) ³				0,092
Não	206 (96,7%)	22,3%	1,00	
Sim	7 (3,3%)	57,1%	2,56 (1,28-5,10)	
Cuida de algum familiar				0,264
Não	285 (84,6%)	24,2%	1,00	
Sim	52 (15,4%)	32,7%	1,35 (0,87-2,10)	
Atividades básicas ⁴				0,006
Dependente	26 (7,9%)	50,0%	2,13 (1,38-3,29)	
Independente	302 (92,1%)	23,5%	1,00	
Atividades instrumentais (homens) ⁵				0,136
Dependente	20 (18,0%)	45,0%	1,79 (0,98-3,24)	
Independente	91 (82,0%)	25,3%	1,00	
Atividades instrumentais (mulheres) ⁵				0,104
Dependente	60 (28,6%)	31,7%	1,58 (0,97-2,59)	
Independente	150 (71,4%)	20,0%	1,00	
Funcionalidade familiar ⁶				0,131
Boa funcionalidade	294 (89,1%)	23,8%	1,00	
Moderada disfunção	16 (4,8%)	25,0%	1,05 (0,44-2,51)	
Elevada disfunção	20 (6,1%)	40,0%	1,68 (0,95-2,98)	
Atividade física – Ipaq				<0,001
Ativo ⁷	158 (47,0%)	13,3%	1,00	
Inativo	178 (53,0%)	36,0%	2,70 (1,74-4,22)	

Continua.



Característica	n (%)	Déficit de autocuidado	Razão de prevalências (IC95%)	p-valor
Consumo regular de frutas e hortaliças				
Sim	116 (34,3%)	21,0%	1,00	0,017
Não	222 (65,7%)	33,6%	1,60 (1,11-2,30)	
Consumo regular de carne com excesso de gordura				<0,001
Sim	74 (22,3%)	41,9%	2,08 (1,45-2,98)	
Não	258 (77,7%)	20,2%	1,00	

1. Inclui indivíduos que fumaram pelo menos um cigarro por dia nos últimos trinta dias (Barbosa AS, 2014).
2. Inclui indivíduos do sexo masculino que consumiram ao menos cinco doses de bebida em uma única ocasião nos últimos trinta dias²¹.
3. Inclui indivíduos do sexo feminino que consumiram ao menos quatro doses de bebida em uma única ocasião nos últimos trinta dias²¹.
4. Escala de Katz²².
5. Escala de Lawton²³.
6. APGAR de Família²⁴.
7. Inclui idosos suficiente e insuficientemente ativos²⁵.

Idosos com percepção ruim ou muito ruim de sua saúde tiveram 3,21 vezes mais déficit de autocuidado do que aqueles com percepção boa ou muito boa (IC95% 2,05-5,02). Quando comparados aos idosos com três doenças ou menos, aqueles que referiram mais de três doenças tiveram 3,30 vezes mais déficit (IC95% 1,58-6,89) (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da amostra e déficit de autocuidado de acordo com características de saúde, acesso e utilização de serviços de saúde. USF Coral, Lages, SC, 2018.

Característica	n (%)	Déficit de autocuidado	Razão de prevalências (IC95%)	p-valor
Percepção de saúde				<0,001
Muito boa/boa	171 (51,0%)	16,4%	1,00	
Regular	124 (37,0%)	29,0%	1,78 (1,15-2,74)	
Ruim/muito ruim	40 (11,9%)	52,5%	3,21 (2,05-5,02)	
Multimorbidade ¹				<0,001
Não	76 (27,1%)	9,2%	1,00	
Sim	204 (72,9%)	30,4%	3,30 (1,58-6,89)	
Precisou do serviço de saúde ²				0,447
Não	83 (24,6%)	21,7%	1,00	
Sim	255 (75,4%)	26,7%	1,23 (0,78-1,94)	
Utiliza a USF Coral				0,465
Sim	278 (82,2%)	24,5%	1,00	
Não	60 (17,8%)	30,0%	1,23 (0,79-1,90)	
Orientação ³ sobre alimentação saudável				0,676
Sim	139 (50%)	23,0%	1,00	
Não	139 (50%)	25,9%	1,13 (0,74-1,70)	
Orientação sobre saúde bucal				0,105
Sim	94 (33,8%)	18,1%	1,00	
Não	184 (66,2%)	27,7%	1,53 (0,94-2,50)	
Orientação sobre risco de quedas				0,417
Sim	97 (34,9%)	27,8%	1,00	
Não	181 (65,1%)	22,7%	1,23 (0,81-1,87)	
Orientação sobre atividade física				0,510
Sim	122 (43,9%)	22,1%	1,00	
Não	156 (56,1%)	26,3%	1,19 (0,78-1,81)	

Continua.

Característica	n (%)	Déficit de autocuidado	Razão de prevalências (IC95%)	p-valor
Orientação sobre uso correto da medicação				0,821
Sim	187 (67,3%)	25,1%	1,10 (0,70-1,73)	
Não	91 (32,7%)	23,1%	1,00	
Orientação sobre acolhimento ⁴				0,325
Sim	172 (61,9%)	26,7%	1,29 (0,82-2,01)	
Não	106 (38,1%)	20,8%	1,00	

1. Cinco ou mais problemas de saúde referidos.

2. Precisou e procurou serviço de saúde.

3. Orientação fornecida por profissional da USF Coral.

4. Inclui acolhimento e classificação de risco.

Discussão

Os resultados apontam características comportamentais e da condição de saúde importantes ao grupo de maior exposição, em virtude da maior prevalência do déficit de autocuidado: idosos com maior número de doenças, com pior percepção de sua saúde, dependentes para as atividades básicas da vida diária e inativos do ponto de vista da prática de atividade física regular.

Ainda que a maior limitação do estudo seja o fato de este ter um delineamento transversal, não sendo possível afirmar o que veio antes na vida desses idosos, importa que todos esses fatores parecem vir juntos e associar-se negativamente à capacidade de autocuidado. Da mesma forma, o adoecimento em idosos pode afetar de forma importante sua rotina de vida, fazendo com que se tornem mais dependentes e com menor capacidade de cuidar de si mesmos em todas as suas necessidades^{22,23}.

Por outro lado, a prática da atividade física nessa etapa da vida demonstra-se protetora, representando maior mobilidade; estabilidade postural; menor risco de quedas; melhoria da função respiratória; controle da gordura corporal; manutenção da massa muscular e densidade mineral óssea; maior circulação do sangue; e redução da frequência cardíaca e dos índices séricos de colesterol como medidas objetivas de saúde física²⁹. Além disso, a proteção conferida pela atividade física pode ir além da saúde física, reduzindo sintomas depressivos ou ansiosos em idosos³⁰ e representando também uma sensação de saúde, ligada à independência²⁹, destacando a contribuição dessa variável para o desenvolvimento de capacidades de autocuidado³¹.

Um destaque positivo foi a observação de que a prevalência de idosos ativos na população estudada (47,0%) supera os 30,1% dos adultos, com 65 anos ou mais, que praticam atividade física no seu tempo livre, conforme Vigitel²¹.

Quanto aos aspectos relacionados ao consumo de alimentos, a pesquisa também apontou uma superioridade entre o consumo regular de frutas e hortaliças por parte dos indivíduos entrevistados (34,3%) frente ao consumo registrado nas capitais brasileiras pelo Vigitel²¹ para a mesma faixa etária (27,8%)²¹. Esse indicador é apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um importante fator de proteção e de prevenção para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), desde que atingida a recomendação para um consumo de 400g/dia, equivalente a cinco porções de frutas, legumes e/ou hortaliças.

Nesse sentido, há que se pensar em ações intersetoriais com organizações não governamentais (ONGs) ou com as Secretarias de Meio Ambiente que busquem construir hortas comunitárias que aumentem a oferta desses alimentos para populações de menor renda *per capita*, ao mesmo tempo em que propiciam discussões sobre o autocuidado, a alimentação saudável e o desestímulo ao uso excessivo de medicamentos³².

Entre os determinantes sociais, o estudo encontrou associação significativa entre baixa escolaridade e déficit de autocuidado. As capacidades de envolver-se e de executar ações para o autocuidado são aprendidas e estão sujeitas a fatores condicionantes como a escolaridade³³. Indivíduos com menos anos de estudo apresentaram piores desfechos, impondo maior preocupação e atenção com a saúde entre os indivíduos idosos de menor escolaridade.

Ao avaliar a influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis, Moura e Masquio³³ apontam para a necessidade de se continuar a investir em educação em saúde, uma vez que encontra em indivíduos de menor escolaridade interpretações errôneas sobre conceitos de alimentação saudável, podendo contribuir negativamente para ações de autocuidado.

Incentivar o uso da internet, ou mesmo incluir nas atividades coletivas momentos de buscas na rede, pode ser uma estratégia eficaz para que as equipes estimulem os indivíduos a manter dietas mais saudáveis, de acordo com Souza³⁴. Este estudo identificou que indivíduos idosos usuários de internet têm uma chance 1,48 vez maior de consumir adequadamente frutas e hortaliças (IC 95% 1,09 – 2,01) quando comparados àqueles que não têm esse acesso³⁴.

Estudos com indivíduos diabéticos de diferentes faixas etárias também apontam que a baixa escolaridade pode dificultar a adesão ao plano terapêutico tanto pela dificuldade do indivíduo para ler e entender a prescrição quanto por sua menor compreensão dos complexos mecanismos da doença e do próprio tratamento³⁵. Os autores recomendam que os profissionais de saúde devem utilizar linguagem adequada e buscar meios que facilitem a compreensão das orientações e ações de educação em saúde nessa população³⁶.

Destaca-se aqui a importância de investir na escolarização entre os idosos, bem como realizar ações de educação em saúde com o objetivo de proporcionar o componente de poder do autocuidado. O importante é que os indivíduos consigam entender, interpretar e aplicar as informações sobre saúde para fazer melhores escolhas no autocuidado. Viabilizar projetos de integração intersetorial, principalmente entre as Secretarias Municipais da Saúde e Educação, pode ser uma estratégia tão potente quanto promover ações de educação em saúde, dependendo de cada realidade local.

Considerações finais

Os resultados do estudo apontam para a necessidade de sempre buscar qualificar a assistência na ESF, investindo em educação continuada e permanente dos profissionais e incentivando-os a construir ações de educação em saúde que estimulem comportamentos de prevenção, letramento funcional de saúde e iniciativas de autogestão para indivíduos com doenças crônicas.

Além de permitir a identificação das características ligadas ao autocuidado, testemunhando a importância de as equipes investirem no diagnóstico de suas comunidades, buscou-se refletir sobre a possibilidade de promover ações direcionadas às suas realidades, aproximando o cidadão de políticas públicas e de recursos da comunidade local.

Contribuições dos autores

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Certamente, o sucesso desta pesquisa é fruto de um grande trabalho em equipe. Nossos agradecimentos a cada um de vocês: estudantes; colegas de trabalho; Secretaria Municipal de Saúde; corpo discente e docente do ProfSaúde/UFPEL; e, em especial, à orientadora do trabalho, Elaine Tomasi.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(3):548-54.
4. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro : desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016; 19(3):507-19.



5. Santos JAF. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Saude Soc.* 2018; 27(2):556-72.
6. Nunes BP, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system chronic disease epidemiology. *BMC Public Health.* 2015; 15(1):1-11.
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(5):2297-305.
8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2012.
9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
10. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J.* 2011; 15(2):63-9.
11. Stewart M, McWilliam CL, Weston WW, Brown JB, McWhinney I, Freeman T. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.* 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral In: 30o Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [Internet]; 2014; Serra, ES. Serra: Conasems; 2014 [citado 7 Jul 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
14. Merhy E, Feuerwecker L. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leitura de novas tecnologias e saúde.* Salvador: Edufba, Edufs; 2009. v. 1, p. 29-56.
15. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Med Electron.* 2014; 6(36):835-45.
16. Queirós PJ. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Rev Enf Ref.* 2014; 4(3):157-64.
17. Silva JV, Domingues EAR. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Arq Cienc Saude.* 2017; 24(4):30.
18. Lange I, Urrutia M, Campos C, Gallegos E, Herrera LM, Jaimovich S, et al. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud em América Latina. Geneva: OPAS; 2006.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
20. Barsosa AS, Barbosa LS, Rodrigues L, Oliveira KL, Iracema I, Argimon DL. Múltiplas definições de ser fumante e diagnóstico de tabagismo : uma revisão sistemática. *Aletheia.* 2014; 45:190-201.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2017 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2018.



22. Cozzensa M. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(5):796-805.
23. Santos RL, Virtuoso JSJ. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoç Saude*. 2008; 21(4):290-6.
24. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(3):527-32.
25. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fisica Saude*. 2001; 6(2):5-18.
26. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med*. 2007; 86(1):28-38.
27. Nunes BP, Sandro RRB, De Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade : ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica*. 2018; 52 Supl 2:10s.
28. Christiansen TB, Lauritsen JM. EpiData - comprehensive data management and basic statistical analysis system. Odense: EpiData Association; 2010.
29. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz Rev Educ Fis*. 2010; 16(4):1024-32.
30. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Epidemiol Controle Infecç*. 2016; 6(2):1-7.
31. Matsuo RF, Velardi M, Marques F, Luiza M. Saúde e doença : representações de mulheres idosas praticantes de atividade física. *Rev Psicol Deport*. 2018; 27(4):97-102.
32. Costa CGA, Garcia MT, Ribeiro SM, Salandini MFS, Bógus CM. Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(10):3099-110.
33. Moura A, Masquio D. A Influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis. *Rev Educ Pop*. 2018; 13(1):82-94.
34. Souza BB, Cembranel F, Hallal ALC, d'Orsi E. Consumo de frutas, legumes e verduras e associação com hábitos de vida e estado nutricional: um estudo prospectivo em uma coorte de idosos. *Cienc Saude Colet*. 2019; 24(4):1463-72.
35. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2):284-90.
36. Marques MB, Silva MJ, Coutinho JFV, Lopes MVO. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2):415-20.



The objective of this study was to characterize self-care deficit in association with sociodemographic, behavioral and health status characteristics, as well as with factors related to access and utilization of health services. A population-based, cross-sectional survey was carried out with elderly individuals in the catchment area of a Family Health team in the city of Lages, State of Santa Catarina. Self-care deficit was measured by the Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A). The majority of the interviewees were female, white-skinned, aged between 60 and 70 years old. The prevalence of the outcome was 25% and was significantly related to multimorbidity, poor health self-perception, inadequate food intake, low level of schooling, inactivity, and to dependence on others for the accomplishment of activities of daily living. This strengthens the health teams' role of promoting self-care initiatives, enabling the citizen's closer contact with public policies and local community resources.

Keywords: Self-care. Aging. Multimorbidity. Primary Health Care. Family Health Strategy.

El objetivo de este trabajo fue caracterizar el *déficit* de autocuidado en asociación con características sociodemográficas, comportamentales, de la condición de salud, de acceso y utilización de servicios de salud. Se realizó una encuesta poblacional, transversal, con ancianos adscritos al territorio del equipo de Salud de la Familia en Lages/Estado de Santa Catarina. El *déficit* de autocuidado se verificó con el *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA-A). Entre los entrevistados, la mayoría eran del sexo femenino, blancos, con edad entre 60 y 70 años. La prevalencia del resultado fue del 25% y se relacionó significativamente con: multimorbilidad, peor autopercepción de salud, consumo alimenticio inadecuado, baja escolaridad, inactividad y dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, reforzando el papel de los equipos de salud para promover iniciativas de autocuidado, aproximando al ciudadano de políticas públicas y de recursos de la comunidad local.

Palabras clave: Autocuidado. Envejecimiento. Multimorbilidad. Atención Primaria de la Salud. Estrategia Salud de la Familia.

Submetido em 10/09/19.
Aprovado em 06/07/20.

Aproximação dialógica às necessidades de saúde em usuários de insulina acompanhados no Programa de Automonitoramento Glicêmico

Dialogic approach to the health needs of insulin users followed up in the Glucose Self-Monitoring Program (abstract: p. 15)

Aproximación dialógica a las necesidades de salud en usuarios de insulina acompañados en el Programa de Automonitoreo Glucémico (resumen: p. 15)

Ivan Wilson Hossni Dias^(a)

<idias@usp.br> 

Virgínia Junqueira^(b)

<virginia.junqueira@unifesp.br> 

^(a) Pós-graduando do Programa de Saúde Coletiva (doutorado). Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Avenida Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903.

^(b) Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista. Santos, SP, Brasil.

O presente estudo busca caracterizar, a partir de pesquisa qualitativa, as ações de profissionais da Atenção Básica à Saúde (ABS) atuantes no Programa de Automonitoramento Glicêmico (PAMG), com vistas à troca de saberes possibilitada pelo encontro com pessoas em uso de insulina cadastradas no programa. Selecionaram-se 12 usuários para realização de rodas de conversa e foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores atuantes no PAMG, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da capital paulista. Sob o enfoque dialógico, destacaram-se: a persistência do instrumentalismo biomédico pelos profissionais; o papel dos modos de vida dos usuários no seguimento terapêutico; e a emergência do PAMG enquanto espaço para o compartilhamento de experiências, lapidação da assistência e de apoio ao tratamento insulínico. Como resultado da análise, elaborou-se um guia para aproximação às necessidades de saúde dos usuários de insulina.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*. Automonitorização da Glicemia. Necessidades de saúde. Atenção Primária à Saúde.

Introdução

O diabetes *mellitus* (DM) se caracteriza como problema de saúde pública não só por sua magnitude expressiva, cuja prevalência atinge cerca de 9% da população brasileira¹, mas também pela carga de doença associada à vasculopatia, secundária à persistência dos níveis hiperglicêmicos^{2,3}. Sob essa óptica, é fundamental o controle glicêmico rigoroso, com objetivo de promover a qualidade de vida e evitar as complicações da doença^{2,3}. Apesar da controvérsia a respeito do automonitoramento glicêmico (AMG) em portadores de diabetes não insulino dependentes⁴, evidências significativas demonstram sua importância no controle metabólico tanto nesse grupo^{5,6} quanto naqueles em uso de insulina^{2,7}.

Em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo iniciou o cadastramento de pessoas portadoras de DM em uso de insulina para a entrega de insumos necessários à sua aplicação nas UBSs, o PAMG⁸. Operacionalizado na rede da ABS⁹, esse programa constitui espaço potencial para compreensão das necessidades de saúde das pessoas em uso de insulina.

O AMG, enquanto instrumento de cuidado de portadores de DM, não é prática isolada e depende dos conhecimentos prévios da condição de saúde, tendo em vista ser necessária a interpretação dos dados provenientes da monitorização para subsidiar as ações terapêuticas promovidas pelo próprio usuário de insulina¹⁰. Assim, o cuidado integral das pessoas em uso de insulina depende da capacitação dos profissionais de saúde em contemplar uma diversidade de saberes técnicos congruentes com as características culturais, sociais e econômicas das pessoas portadoras de diabetes¹¹⁻¹⁴.

Augusto *et al.*¹⁵ demonstraram a associação entre a atuação de trabalhadores pouco capacitados e a falta de orientação dos pacientes em promover seu autocuidado, mesmo quando profissionais e usuários avaliam positivamente o programa. Tal fenômeno pode ser explicado pela expectativa de serviços gerados pelo PAMG, ou seja, a satisfação se deu pela distribuição e acesso aos insumos, independentemente da realização de ações educativas ou terapêuticas em saúde.

O PAMG enquanto serviço vinculado à ABS está sujeito aos entraves operacionais desta última, tais como o acesso deficitário dos usuários aos serviços, a automatização do trabalho em saúde sob a lógica da produtividade e a participação inexpressiva dos usuários no processo de decisão clínica e no planejamento em saúde¹⁶. Esses entraves comprometem, assim, a prática assistencial autorreflexiva e a compreensão das necessidades de saúde dos portadores de DM^{13,14,16}.

Tomando como referencial o enfoque hermenêutico do cuidado proposto por Ayres¹⁷, assume-se que o acesso às necessidades de saúde das pessoas em uso de insulina depende da troca efetiva de saberes entre profissionais de saúde e usuários do sistema, capaz de superar a transmissão passiva e a hierarquização de conhecimentos técnicos frequentemente presentes nos encontros assistenciais¹⁷. Assim, “trata-se da produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido”¹⁷ (p. 58).

Consoante ao processo dialógico em saúde, o cuidado integral prevê o desenvolvimento compartilhado de ações que respondam às demandas colocadas pela comunidade, constituindo assim em um espaço não apenas assistencial, mas também formador de sujeitos ativos em promover seu autocuidado e bem-estar social^{14,18,19}. Sob essa óptica, diferentes modalidades de ações educativas desenvolvidas com portadores de DM, individuais e/ou coletivas, no contexto dos serviços de ABS são fundamentais para o alcance desse objetivo²⁰⁻²². Entretanto, no contexto do PAMG, são escassas as ferramentas disponíveis na literatura médica capazes de nortear a troca de saberes nos encontros e nas atividades em grupo.

A presença de complicações e o uso de insulina requerem saberes não sistematizados do cotidiano do ente portador de DM que podem configurar ricas experiências de adoecimento^{17,23,24}. Explorá-las sob o enfoque dialógico é fundamental para a prática do cuidado integral, capaz de compreender o indivíduo portador de DM em seu todo existencial e, conseqüentemente, considerar os obstáculos que devem ser superados para a reordenação dos seus modos de vida^{24,25}.

É sob tal perspectiva que situamos o objeto deste estudo: as práticas de cuidado no âmbito do PAMG, cotejando-se as necessidades de saúde dos usuários de insulina e as percepções destas pelos profissionais de saúde envolvidos no programa.

Diante da magnitude e da importância social da condição estudada, somadas à rarefação teórica de estudos que permitem a caracterização das necessidades de saúde dos usuários do PAMG da perspectiva dialógica em saúde, é objetivo deste trabalho caracterizar, a partir de amostra não probabilística, as ações dos profissionais da ABS, atuantes no PAMG, voltadas aos usuários em uso de insulina cadastrados em uma UBS do município de São Paulo.

Método

Trata-se de estudo qualitativo, produto de pesquisa que deu origem à dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, conduzida no período de 2017-2019 na Universidade Federal de São Paulo.

O cenário empírico foi uma UBS localizada na zona Sul do município de São Paulo, no distrito do Jabaquara, inserida desde sua inauguração em 2010 na Estratégia Saúde da Família (ESF) cujo quadro funcional é composto por cinco equipes Saúde da Família responsáveis por aproximadamente 22 mil habitantes. São serviços ofertados pelo equipamento de saúde: consultas médicas, de enfermagem, nutrição e psicologia; programa de imunização; pequenos procedimentos cirúrgicos, serviços de saúde bucal; coleta de exames laboratoriais; apoio farmacoterápico; e demais serviços relacionados à Atenção Básica.

Ao todo, foram selecionados 17 sujeitos de pesquisa, dos quais 12 são usuários do serviço da UBS e cinco são profissionais atuantes no PAMG. A seleção do primeiro grupo seguiu um processo de randomização manual, caracterizado pela seleção de uma ficha a cada 25 contadas, número obtido pela divisão do total de cadastros no programa AMG da unidade (298) pelo número de participantes convocados (12).

O segundo grupo contou com a participação de todos os profissionais envolvidos com a implementação do PAMG local, o que inclui as atividades de armazenamento, estoque, controle e distribuição dos insumos para aplicação de insulina. No cenário estudado, o desempenho dessas funções é rotativo entre os trabalhadores das equipes ESF, e a escolha intencional desse grupo visou contemplar os sujeitos atuantes no momento da pesquisa.

Incluíram-se as pessoas entre 18 e oitenta anos em uso de insulina parenteral subcutânea com diagnóstico de DM há pelo menos um ano, bem como aqueles regularmente cadastrados no Programa de Automonitoramento Glicêmico. Excluíram-se os usuários sem acompanhamento clínico nas equipes ESF da UBS, caracterizado por no mínimo duas consultas no último ano completo.

Duas técnicas de produção de informações foram realizadas no estudo. Inicialmente, o pesquisador conduziu duas rodas de conversa com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) regularmente acompanhados no PAMG na UBS. Elas foram realizadas em momentos distintos; a primeira e a segunda com cinco e sete participantes, respectivamente, em espaço comunitário previamente utilizado para demais atividades educativas e culturais da comunidade local. Em ambas as rodas, utilizou-se um roteiro aplicado pelo pesquisador dividido em três blocos temáticos principais: as experiências do adoecimento o protocolo de tratamento clínico e os serviços de saúde. A construção temática dos roteiros se pautou pela abordagem taxonômica das necessidades de saúde¹⁹ adaptada para contemplar as características do adoecimento associado ao uso de insulina e evidenciadas no estudo socioantropológico de Barsaglini²³. Como memória empírica, foi estabelecido o uso de gravação em áudio após o consentimento expresso dos participantes.

O potencial heurístico das rodas de conversa emerge da troca de experiências orientada por uma perspectiva de horizontalização do processo dialógico¹⁷, situando o pesquisador como sujeito epistêmico, norteado pelos blocos temáticos anteriormente citados. Tem ainda como característica a emergência de informações a partir da interação entre os participantes da roda, não se constituindo como soma de entrevistas individuais, mas sim como um espaço para a constante construção de significados e, portanto, reflexão dos modos de viver^{26,27}.

Na segunda etapa, o pesquisador realizou entrevistas semiestruturadas com todos os profissionais encarregados da operacionalização do PAMG na Unidade de Saúde. A construção desse roteiro, norteada pelo instrumento utilizado por Augusto *et al.*¹⁵, buscou: explorar as percepções dos profissionais diante das necessidades de saúde dos usuários de insulina e evidenciar as limitações e potencialidades de seu processo de trabalho em responder a tais necessidades, já caracterizadas nas rodas de conversa.

As informações coletadas foram trabalhadas por meio da análise de conteúdo definida por Krippendorff²⁸ como “uma técnica de pesquisa para fazer inferências replicáveis e válidas de dados para o contexto de seu uso” (p. 18). Três etapas principais caracterizam o procedimento de análise aqui empregado. Uma primeira foi resultante da transcrição de todo o material gravado, formando o *corpus* do trabalho empírico. A segunda foi caracterizada pela leitura exaustiva e flutuante; e, na terceira, as unidades semânticas foram condensadas e agrupadas seguindo um dos modelos de matriz de análise proposto por Graneheim e Lundman²⁹ (quadro 1).

Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo sob os Certificados de Apresentação para Apreciação Ética números 81068517.2.0000.5505 e 81068517.2.3001.0086

Quadro 1. Matriz de análise de conteúdo das entrevistas e rodas de conversa

Núcleo de sentido	Subcategoria	Categoria	Dimensão

Adaptado de Granehein e Lundman²⁹.

Resultados

A média de idade dos participantes da primeira roda foi de 61,2 anos (51-78 anos). Os da segunda roda tinham idade média de 58 anos (41-77 anos). Os tempos médios de diagnóstico de DM dos participantes equivaleu a aproximadamente 19 anos (oito-43 anos) e 15 anos (1-trinta anos) da primeira e segunda rodas, respectivamente.

Para o tempo de uso de insulina parenteral subcutânea, os participantes da primeira roda apresentaram média de aproximadamente 12 anos (2-43 anos); e os da segunda roda, média de dez anos. Ressalta-se que o maior tempo de uso de insulina se associou ao participante com diagnóstico de DM tipo 1. O controle metabólico do DM se deu a partir da consideração do índice de hemoglobina glicada referente aos últimos três meses da participação do estudo de campo. Na primeira roda de conversa, esse índice variou entre 7,9 a 12,5% e média de 8,53%. Na segunda, encontrou-se uma variação entre 6,8 a 12,3% e média de 9,05%.

A experiência do adoecer

Nesse primeiro bloco, observamos um contraste entre os aspectos do adoecimento dos usuários de insulina e a valorização das competências técnicas pelos profissionais de saúde. Naqueles, a percepção se associou à interrupção da homeostase silenciosa, representada pela ausência de sintomas. A perturbação inicial da rotina deflagrou uma busca pela retomada do controle de si sobre a materialidade da doença, interpretada principalmente pelo controle glicêmico.

RC (roda de conversa)1: Aí no caso, eu estava indo muito no banheiro urinar, bebia muita água, direto bebendo água.... Aí ela falou para mim: “Você não está normal, você está bebendo muita água! Vou mandar você fazer um exame” [...].

RC2: Doença mais triste... as dificuldades vêm e nós somos nervosos e o diabético não pode ficar nervoso e se nós ficarmos agitados pode saber que já subiu! A bichinha é ruim mesmo! Aí ela sobe do nada!

A convivência com familiares que sucumbiram às complicações do DM é fonte conhecida de medo e angústia^{22,23}, destacando-se nas rodas de conversa os eventos vasculares, como o acidente vascular encefálico e a amputação de membros inferiores. Nas falas masculinas, a perda funcional foi representada principalmente pelo comprometimento da potência sexual, historicamente associada ao ideal de gênero masculino, com significativo componente psicogênico e impacto direto no modo de vida³⁰.

RC2: Tive medo de ficar em cima de uma cama e precisar dos outros para cuidar de mim.... eu morro de medo disso, eu já vi minha mãe em cima de uma cama precisando dos outros e dependendo de não querer fazer nada

RC1: No meu caso do homem dá impotência. Não tem ereção para o homem, né? Passei no especialista ele falou que isso é do diabetes mesmo, que não adianta se apressar, ficar nervoso, então eu estou tratando por isso também, né, eu tenho cinquenta e poucos anos... eu acho que para isso ainda sou jovem, sou casado, tenho minha esposa!

A preocupação com a funcionalidade vital se associou também à resistência às propostas terapêuticas para o controle do DM, que incidem principalmente sobre a rotina alimentar e laboral. Emergiram com importância as orientações individualizadas, para que sua incorporação na vida dos portadores de DM aconteça com a menor tendência de modificação da dinâmica vital prévia ao diagnóstico e terapêutica da enfermidade.

RC1: É muito difícil você seguir uma regra assim da diabetes, a alimentação tudo certinho, te limita muito as coisas!

Para mim não mudou muito, porque eu sempre gostei de muita verdura e muita folha... sem problemas.

Eu sempre gostei de andar, mas quando fiquei diabética aí eu intensifiquei mais.

Do ponto de vista dos profissionais, é marcante a supervalorização dos carecimentos técnicos inerentes ao uso de insulina em detrimento da repercussão da terapêutica sobre os diferentes modos de vida. Assim, da perspectiva dialógica, o êxito técnico, representado pelo controle glicêmico, prescinde o sucesso prático, apontado por Ayres¹⁷ como os diferentes sentidos que esse controle adquire nos modos de vida dos usuários de insulina²⁴.

A discordância do comportamento do usuário, segundo uma concepção de obediência às prescrições, determina juízos de valores morais e condiciona a naturalização do fenômeno, tido como inexorável, fato que limita a compreensão do usuário e sua atuação sobre seu estado de saúde^{14,24}. Não menos evidente, a complexidade na promoção do autocuidado dos usuários está associada à própria dificuldade de emancipação dos profissionais, ou seja, em não resumir sua prática à transferência passiva de conhecimentos técnicos na expectativa de sua reprodução acrítica.



Técnica de Enfermagem 2: Impotência de não poder fazer nada, porque não vai partir mais da gente, parte da pessoa. O trabalho da gente mesmo é eles não aderirem, é eles não compreenderem realmente o que é diabetes, o que ela causa. É tipo irreal eles acharem que se controla não é algo que tem que ser acompanhado mês a mês, no meu ponto de vista, descaso deles mesmo.

Bem caracterizada no seguimento de indivíduos jovens portadores de DM tipo 1^{31,32}, a importância da participação da família no seguimento terapêutico insulínico demonstrou nas pessoas adultas uma participação nem sempre positiva, como observado por relatos de negligência da doença por familiares do usuário de insulina.

RC1: Minha irmã e minha mãe ficam doidinhas! A mãe vem para cá para tomar conta de mim e minha irmã do mesmo jeito!

RC2: Minha família não ajuda nada! Se depender deles, empurram mais doce!

Considerando-se o perfil social dos participantes da pesquisa, foi evidenciada a angústia relacionada às incertezas da manutenção da capacidade laborativa e na promoção do autocuidado. Com vistas ao instrumental necessário para sua autoadministração, a angústia impacta diretamente no modo de vida laboral das pessoas em uso de insulina e frequentemente responde pela falta de seguimento terapêutico:

RC2: Diabetes atrapalha tudo, até para arrumar emprego! Você vai fazer um exame médico e vão te acusar porque você tem diabetes. A empresa não vai te aceitar, porque você sabe que outro dia você tem que faltar, pagar produção para tomar o remédio, isso atrapalha a vida do diabético...

O protocolo de tratamento

O poder hipoglicemiante da insulina se destaca quando comparado às medicações orais, na medida em que ocorre a percepção do efeito medicamentoso sobre o organismo. Consoante aos achados de Farsaei *et al.*³³, instrumentos utilizados para aplicação de insulina estão relacionados ao seguimento terapêutico e o uso de canetas aplicadoras pode se constituir uma alternativa plausível diante das experiências pessoais caracterizadas. Nessa perspectiva, destacaram-se também como barreiras à administração de insulina o armazenamento e o seu transporte, haja vista a necessidade de diferentes insumos, a depender do instrumento aplicador:

RC1: Eu pedi insulina porque o comprimido tem aquela história... tem um que faz efeito e outros não! Eu tomo a metformina e a insulina e para mim está tudo bem, eu vejo que está fazendo efeito.

Agora você sai de casa, você tem que levar tirinha, tem que levar algodão, tem que levar álcool, tem que levar o *kit*!



RC2: Eu acho a caneta mais fácil... eu conheço porque eu ganhei da minha médica uma, mas nunca mais achei a insulina para usar na caneta. Era bem mais fácil, você mede ali na caneta e aplica.

Sob a óptica dos profissionais, reitera-se a dificuldade na aplicação dos conhecimentos técnicos pelos usuários, principalmente acerca dos cuidados no uso de seringas, agulhas e lancetas; insumos que são dispensados pelo PAMG. É constante a dificuldade na identificação posológica da insulina na seringa, principalmente na presença de complicações oftalmológicas do DM, fato comum nessa população assistida.

Técnica de Enfermagem 1: Têm dificuldade em montar a caixinha, o Descarpac, e têm muita dificuldade e muitas vezes eles não enxergam a seringa, alguns têm dificuldade de aplicação, não conseguem enxergar, alguns pacientes cegos que realmente fazem a aplicação, mas não sabem se estão aplicando certo ou não.

Do ponto de vista dos usuários, permaneceu a dificuldade de compreensão dos saberes técnicos e do entendimento das propostas terapêuticas. Entretanto, com expressividade, valorizou-se a realização de atividades em grupo orientadas pelas características sociais, econômicas e culturais da comunidade assistida, possibilitadas pelo PAMG.

RC1: Assim, falta orientação de alguém, porque às vezes o que a pessoa mais precisa é de orientação, alguém que oriente e explique direito, porque tudo vai do jeito que a pessoa fala, né... ela tem que falar de um jeito que o outro entende.

A interação entre pares e o compartilhamento de experiências pela equipe da ESF se mostraram importantes instrumentos na construção do vínculo dos usuários com os serviços de saúde pela utilização de discursos acessíveis à população; ou seja, são compreensíveis por meio da caracterização dos modos de vida socialmente compartilhados¹².

RC1: Tem o grupo, se chegar alguém aqui que a gente conheça, que vai explicar e orientar todo mundo, cada um vai sair com sua dúvida satisfeita e esclarecido.

Técnico em Farmácia 2: Eu acho que você estar com pacientes em grupo, todos são mais susceptíveis, porque todos têm o mesmo problema, então eles vão ouvir o que o outro tem. Então aquela explicação que a gente está dando é a mesma dificuldade que o outro paciente tem... Quem está dentro do grupo eles sabem essa dificuldade e eles conseguem compreender a necessidade do outro.

Os serviços de saúde

O fortalecimento continuado da relação médico-paciente é imprescindível para o estabelecimento do vínculo com o serviço de saúde¹⁵. Elementos provenientes das dimensões verbal e não verbal são fundamentais para a modulação da experiência de cuidado³⁴ e foram evidenciados nas rodas de conversa.

RC1: Eu passei por pouco tempo num médico. Ele era bem jovem, mais novo que eu. Conversando – “eu tô com isso, isso” – e ele com a caneta na boca! Ele não tava nem olhando pra mim! Aí falou: “Dá licença que eu vô no banheiro”. Falei: “Está bem, vai lá”. Ele demora... volta e eu falando e ele: “Uhum, uhum, uhum”. Pensei: “O médico não fala nada!!!”.

A rejeição ao uso de insulina associa-se ao medo da dor e a sua forma de administração injetável^{23,32,35}. Haja vista ser indicado o uso de materiais adequados para se ter a menor experiência dolorosa possível, observa-se o desencontro da qualidade instrumental dos insumos com as necessidades dos usuários de insulina, acrescentando aos estudos de qualidade do PAMG a importância das características instrumentais utilizadas na administração de insulina:

RC2: Eu estava pegando o *kit* lá no posto de saúde e a agulha estava vindo com defeito, muito dura e muito grossa, eu aplicava na barriga, punha aquela força! Quando entrava doía e até sangrava!

Técnico em Farmácia 1: Eu acho que a qualidade dela bem inferior à do que vinha. Você tem muita queixa de agulha dura, duas agulhas em uma só seringa, agulha torta. Teve paciente que fez aplicação que a agulha ficou nele, quando ele puxou a agulha ficou no local onde ele fez a aplicação, então tem muita reclamação, o paciente sente mais dor.

Ainda na perspectiva operacional do PAMG, observou-se a dificuldade na obtenção desses insumos no setor privado, recurso utilizado pelos usuários de insulina quando ocorrem episódios de faltas e atrasos na disponibilização desses insumos.

Aspectos associados ao processo de trabalho, como a necessidade de prescrições fisicamente separadas para os insumos e insulina, contribui para o erro de registro e limita a eficiência do PAMG em controlar a dispensa dos insumos e subsidiar o cuidado individualizado dos usuários. Se o registro de informações impacta a reprodutibilidade de um cuidado integral, identificam-se não apenas a perícia nas informações, mas também a divergência destas entre os diferentes profissionais que compõem o PAMG e o corpo assistencial como nós críticos no acompanhamento destes usuários, o que dificulta a compreensão da terapêutica pelo usuário de insulina.

Técnico de Enfermagem 1: Os médicos mudam, mas não mudam no consentimento de entrega de insumos, então eu acho que isso fica muito pendente. então você tem que toda hora estar cobrando ou o médico ou paciente.

Farmacêutica: Informações divergentes, a gente orienta o que é certo e outro profissional orienta o que é errado.

Limitações do estudo

As frequentes modificações na Rede de Atenção à Saúde no município de São Paulo durante a condução da pesquisa podem interferir nas experiências de cuidado dos usuários do sistema.

Devemos evidenciar a significativa rotatividade de médicos das equipes Saúde da Família, repercutindo na continuidade do cuidado e na constituição de experiências negativas de cuidado dos usuários com as equipes de ESF.

Muito embora os fenômenos inerentes ao encontro entre profissional e usuário do sistema apresentem componentes socialmente compartilhados e tornem o processo inferencial dependente e aplicável ao contexto estudado²⁸, a seleção não probabilística dos sujeitos de pesquisa não permite a generalização dos resultados e, por sua vez, fragiliza a reprodutibilidade dos resultados apresentados para outros cenários assistenciais.

Discussão dos resultados

A execução de rodas de conversa e entrevistas semiestruturadas no contexto do PAMG demonstrou a dificuldade dos profissionais de saúde em caracterizar as experiências de adoecimento dos usuários de insulina e refletiu a sustentação histórica da prática assistencial enraizada nas racionalidades técnicas¹³.

Do ponto de vista dos usuários, as necessidades de saúde emergem da repercussão do DM e sua terapia sobre os seus cotidianos, fato que adiciona um caráter socioexistencial ao fenômeno estudado. A presença de sintomas da doença se associou à ruptura do *self* biológico, tendência já examinada no século XX por autores como George Canguilhem²⁵ e Michael Bury³⁶ ao descreverem a valorização do funcionamento biológico como fonte de normatização vital e definição da autobiografia.

Quando consideradas as percepções dos profissionais de saúde, observa-se a valorização do êxito técnico²⁴, representado principalmente pelo controle glicêmico. Os usuários, entretanto, mostraram desejar o restabelecimento do seu modo de vida, modulado por experiências prévias, fatores culturais, econômicos e principalmente pela viabilidade em incorporar o tratamento na sua rotina.

Como evidenciado em Cyrino²² e Barsaglini²³, a possibilidade de perda da funcionalidade corporal se associa ao medo e à aversão das pessoas ao diagnóstico de DM. Do mesmo modo, o uso de insulina pode se revestir de um simbolismo negativo e estigmatizador^{23,30}, haja vista se tornar evidente uma necessidade orgânica antes ocultada pelo funcionamento silencioso do organismo.

A participação social no controle do DM é fonte de apoio reconhecida e dependente dos contextos individuais^{23,31,32}. Nas rodas de conversa, observamos que o acolhimento do usuário por familiares condiciona o seguimento terapêutico e nem sempre ocorre de

maneira natural ou prevista. Assim, é relevante a caracterização não apenas da rede social e familiar, mas também do tipo de apoio mobilizado à pessoa portadora de DM.

Assim como observado na literatura^{20,21}, a realização de atividades em grupo na comunidade auxilia a compreensão e o controle terapêutico do DM e recebeu ênfase significativa entre profissionais e usuários de insulina. Apesar de persistir o desconhecimento dos usuários em mobilizar saberes suficientes para o automonitoramento efetivo, fato caracterizado em estudos prévios^{4,7,10,15,22}, emergiu com expressividade a potencialidade do vínculo profissional e da interação entre usuários como facilitadores do processo de troca de saberes.

Embora a experiência do adoecer possa deflagrar diferentes percepções, o vínculo com o serviço e a qualidade do encontro possibilitado pelo PAMG são elementos moduladores do adoecimento e participam ativamente na (re)produção das necessidades de saúde advindas do uso de insulina. Nessa perspectiva, aspectos da comunicação não verbal, como a postura adotada e atitudes gestuais (cinésica), são instrumentos importantes no fortalecimento da relação do profissional com o usuário e se mostraram facilitadores do vínculo com o equipamento de saúde³⁶.

Da óptica técnico-instrumental, revelou-se fundamental a qualidade do aplicador, já reconhecido na literatura como facilitador do tratamento insulínico^{21,35}. Os achados adicionam a importância da sua disponibilidade no mercado privado, necessidade possivelmente resultante das mudanças na distribuição adotadas pela gestão municipal. Apesar da valorização dos saberes técnicos pelos profissionais, foi persistente a divergência de informações e dificuldades operacionais de registro, limitadores da qualidade de um programa assistencial^{15,21}.

Diante do potencial identificado no PAMG, elaborou-se um guia baseado nos principais achados do presente estudo para subsidiar os encontros no contexto do programa, com vistas à troca de saberes e aprendizado mútuo entre profissionais e usuários do serviço (figura 1).

PROFISSIONAIS	Sujeitos portadores de DM	Insulina e DM	Serviço de saúde
Saberes tecnocientíficos	Avaliar a presença de sintomas da doença	Avaliar expectativas da ação farmacológica dos medicamentos	Fortalecer a relação profissional-usuários do sistema
	Caracterizar os medos e as tendências de comportamento	Caracterizar o manejo da insulina	Controlar a qualidade dos insumos
	Caracterizar a rede de apoio social	Discutir instrumentos alternativos de administração	Inserção dos profissionais do PAMG em atividades de Educação Permanente
	Saberes práticos	Desconstruir o paradigma de obediência às prescrições	Construir e compartilhar os conhecimentos para o automonitoramento glicêmico
USUÁRIOS			

Figura 1. Guia para condução dos encontros comunitários com portadores de DM em uso de insulina

Conclusão

O processo de adoecimento é multidimensional e não se limita à disfunção biológica, mas integra os obstáculos à reprodução social da vida das pessoas em uso de insulina. Dessa óptica, temos que as necessidades não podem ser resumidas aos carecimentos técnicos, pois também abarcam a dinâmica socioexistencial na qual o sujeito adoecido está inserido e a significação que este atribui ao processo de adoecer por uma dada condição de saúde. Assim como ressaltado na literatura vigente, a prática de automonitoramento glicêmico deve compor a assistência integral e ser capaz de considerar os usuários em sua realidade social, econômica e cultural¹¹⁻¹³.

A persistente valorização das racionalidades técnico-instrumentais, no contexto de um serviço de ABS como o PAMG, dificulta a caracterização das necessidades de saúde dos usuários de insulina. Entretanto, destaca-se no presente estudo o papel dialógico do cuidado, representado pelas atividades em grupo desenvolvidas pelos usuários e pelos profissionais de saúde, os dois atores fundamentais que compõem os diferentes cenários assistenciais brasileiros. A partir da sua relevância e dos aspectos identificados, elaborou-se um roteiro de realização desses encontros com a finalidade de balizar tais atividades e emancipar os profissionais atuantes no PAMG, considerando esse programa espaço potencial para o cuidado das pessoas em uso de insulina.

Contribuição dos autores

Ambos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2017 [Internet]. 8a ed. Bruxelas: IDF; 2017 [citado 19 Abr 2019]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2018/poster-atlas-idf-2017.pdf>
2. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 1993; 329(14):977-86.
3. U.K. Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood- glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet.* 1998; 352(9131):837-53.
4. Ceriello A. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: is the debate (finally) ending? *Diabetes Res Clin Pract.* 2012; 97(1):1-2.
5. Scavini M, Bosi E, Ceriello A, Giorgino F, Porta M, Tiengo A, et al. Prospective, randomized trial on intensive SMBG management added value in non-insulin-treated T2DM patients (PRISMA): a study to determine the effect of a structured SMBG intervention. *Acta Diabetol.* 2013; 50(5):663-72.
6. Parkin CG, Buskirk A, Hinnen DA, Axel-Schweitzer M. Results that matter: structured vs. unstructured self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2012; 97(1):6-15.
7. Karter AJ, Ackerson LM, Darbinian JA, D'Agostinho Jr RB, Ferrara A, Liu J, et al. Self-monitoring of blood glucose levels and glycemic control: the Northern California Kaiser Permanente Diabetes registry. *Am J Med.* 2001; 111(1):1-9.
8. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. AMG – Programa de Automonitoramento Glicêmico. Medicamentos e Insumos para a assistência integral aos portadores de doenças crônicas [Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2019 [citado 6 Jan 2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=6070>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2387, de 10 de Outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de *Diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
10. Rubin RR, Peyrot M, Saudek CD. Differential effect of diabetes education on self-regulation and life-style behaviors. *Diabetes Care.* 1991; 14(4):335-8.
11. Yin J, Yeung R, Luk A, Tutino G, Zhang Y, Kong A, et al. Gender, diabetes education, and psychosocial factors are associated with persistent poor glycemic control in patients with type 2 diabetes in the Joint Asia Diabetes Evaluation (JADE) program. *J Diabetes.* 2016; 8(1):109-19.
12. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Cienc Saude Colet.* 2004; 9(4):865-84.
13. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16(7):3033-40.
14. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Rio de Janeiro: CEPESC; 2009.



15. Augusto MC, Nitsche MJT, Parada CMGL, Zanetti ML, Carvalhaes MABL. Evaluation of the capillary blood glucose self-monitoring program. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014; 22(5):801-9.
16. Bastos LS, Assis MMA, Nascimento MA, Oliveira LCF. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com *Diabetes mellitus* em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). *Cienc Saude Colet*. 2011; 16 Suppl 1:1417-26.
17. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*. 2007; 17(1):43-62.
18. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
19. Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades em saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.
20. Mensing CR, Norris SL. Group education in diabetes: effectiveness and implementation. *Diabetes Spectr*. 2003; 16(2):96-103.
21. Iquize RCC, Theodoro FCET, Carvalho KA, Oliveira MA, Barros JF, Silva ARD. Educational practices in diabetic patient and perspective of health professional: a systematic review. *J Bras Nefrol*. 2017; 39(2):196-204.
22. Cyrino AP, Schraiber LB, Tiexeira RR. A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao “empoderamento”. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(30):93-106. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300009>.
23. Barsaglini RA. *As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
24. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc*. 2004; 13(3):16-29.
25. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
26. Moura AF, Lima MG. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. *Rev Temas Educ*. 2014; 23(1):98-106.
27. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(2):1299-311. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.
28. Krippendorff K. Conceptual foundation. In: Krippendorff K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. 2a ed. Londres: SAGE Publications; 2004.
29. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2):105-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>.
30. Zorzi FD, Bloc L, Boris GDI, Bloc J. O corpo em expressão na disfunção erétil: as contribuições de Merleau-Ponty e Tatossian. *Rev NUFEN*. 2015; 7(1):48-66.
31. Anderson B, Ho J, Brackett J, Finkelstein D, Laffel L. Parental involvement in diabetes management tasks: relationships to blood glucose monitoring adherence and metabolic control in young adolescents with insulin-dependent *Diabetes mellitus*. *J Pediatr*. 1997; 130(2):257-65.



32. Berg CA, Wiebe DJ, Lee Tracy E, Kelly CS, Mello D, Turner SL, et al. Parental involvement and executive function in emerging adults with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol*. 2019; 44(8):970-8.
33. Farsaei S, Radfar M, Heydari Z, Abbasi F, Qorbani M. Insulin adherence in patients with diabetes: risk factors for injection omission. *Prim Care Diabetes*. 2014; 8(4):338-45.
34. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev CEFAC*. 2012; 14(1):164-170.
35. Sarbacker GB, Urteaga EM. Adherence to insulin therapy. *Diabetes Spectr*. 2016; 29(3):166-70. Doi: <https://dx.doi.org/10.2337/diaspect.29.3.166>.
36. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn*. 1982; 4(2):167-82. Doi: <https://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>.

This study aims to characterize, through a qualitative research, actions of Primary Care professionals who work in the Glucose Self-Monitoring Program, focusing on the knowledge exchange enabled by the meeting with insulin users enrolled in the program. Twelve users were selected to participate in conversation groups and semi-structured interviews were conducted with Program workers at a Primary Care Unit in the city of São Paulo. Under the dialogic approach, the following aspects emerged, among others: the professionals' persistence in using the biomedical instrumentalism; the role of users' ways of life in the therapeutic follow-up; and the emergence of the Glucose Self-Monitoring Program as a space for sharing experiences, improving healthcare and supporting insulin therapy. As a result of the analysis, a handbook regarding insulin users' health needs was developed.

Keywords: Diabetes mellitus. Glucose Self-Monitoring. Health needs. Primary Care.

El presente estudio busca caracterizar, a partir de una encuesta cualitativa, las acciones de profesionales de la Atención Básica de la Salud actuantes en el Programa de Automonitoreo Glucémico (PAMG), con el objetivo del intercambio de saberes posibilitado por el encuentro con personas que utilizan insulina registradas en el programa. Se seleccionaron doce usuarios para la realización de rondas de conversación y se realizaron entrevistas semiestructuradas con los trabajadores actuantes en el PAMG, en una Unidad Básica de Salud de la capital del Estado de São Paulo. Bajo el enfoque dialógico, se destacaron: la persistencia del instrumentalismo biomédico por parte de los profesionales; el papel de los modos de vida de los usuarios en el acompañamiento terapéutico; y la emergencia del PAMG como espacio para la compartición de experiencias, lapidación de la asistencia y de apoyo al tratamiento con insulina. Como resultado del análisis, se elaboró una guía para la aproximación a las necesidades de salud de los usuarios de insulina.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Automonitoreo de la Glucemia. Necesidades de salud. Atención Primaria de la Salud.

Submetido em 25/07/19.
Aprovado em 06/07/20.

“O motor é a gente mesmo”: cuidado em saúde dos trabalhadores da reciclagem

“We are the engine”: recycling workers’ healthcare (abstract: p. 15)

“El motor somos nosotros mismos”: cuidado de salud de los trabajadores del reciclaje (resumen: p. 15)

André Filipak^(a)

<andrefilipak@yahoo.com.br> 

Sabrina Stefanello^(b)

<binastefanello@gmail.com> 

Jaqueline Midori Okada^(c)

<jaqueline.midori.okada@gmail.com> 

Marian Hennings Hunzicker^(d)

<marian.hunzicker@gmail.com> 

Deivisson Vianna Dantas dos Santos^(e)

<deivianna@gmail.com> 

^(a, e) Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Rua Padre Camargo, 280, 7º andar. Curitiba, PR, Brasil. 80060-240.

^(b) Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

^(c, d) Graduanda do curso de Medicina, Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

O catador de materiais recicláveis é excluído pelo tipo de atividade que realiza, em condições inadequadas e sem reconhecimento social. O objetivo desta pesquisa foi compreender o processo saúde-doença-cuidado de pessoas que trabalham com reciclagem para auxiliar na formação de estratégias de acolhimento dessa população na Atenção Primária. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de base qualitativa, tendo sido realizadas oito entrevistas com trabalhadores da reciclagem e análise hermenêutica gadameriana. A análise evidenciou três grandes núcleos argumentais: cotidiano do trabalho, riscos ocupacionais e relação com os serviços de saúde. A reciclagem para muitos trabalhadores é uma última opção de sobrevivência dentro das regras sociais do mundo do trabalho; e a possibilidade de trabalhar, apesar de todas as suas dificuldades, esforços e sobrecargas, é vista como uma forma digna de sobrevivência e valorizada como um dos maiores bens de suas vidas.

Palavras-chave: Catadores. Populações vulneráveis. Uso de resíduos sólidos. Processo saúde-doença. Acesso aos serviços de saúde.

Introdução

Os resíduos sólidos têm sido um problema na gestão ambiental urbana de diversas cidades tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, onde uma porção significativa da população pobre urbana é envolvida na coleta e reciclagem dos resíduos como fonte de renda, sendo tais indivíduos conhecidos como "carrinheiros" ou "catadores"^{1,2}.

Os catadores de materiais recicláveis considerados pertencentes ao setor informal da economia têm participado dos sistemas de gerenciamento de resíduos sólidos das cidades desde os anos 1980. Eles coletam, selecionam e vendem materiais recicláveis, atuando em ruas, lixões, aterros sanitários e unidades de triagem ou cooperativas, estando em sua maioria imersos no mercado informal de trabalho. A atividade de catação consiste basicamente em recolher dos resíduos aquilo que pode ser reaproveitado, como garrafas de plástico, vidro, ferro, papel e papelão, até adquirirem uma quantidade suficiente para a venda. O trabalho executado pelos catadores possibilita que materiais retornem ao ciclo produtivo como matéria-prima em vez de serem descartados em aterro sanitário³⁻⁵.

O catador urbano é tido como a base da cadeia produtiva da reciclagem e ator fundamental nesse processo, mas sua atuação é cercada de situações paradoxais: são incluídos socialmente por ter um trabalho, mas excluídos da sociedade pelo tipo de atividade precária, realizada em condições inadequadas, sem reconhecimento social e com ausência total de garantias trabalhistas. Além disso, são estigmatizados sob diferentes aspectos, sendo citados como atores socioeconomicamente invisíveis, marginalizados, excluídos, vulneráveis e sujeitos a doenças, traumas físicos, intempéries e excesso de horas de trabalho^{4,6}.

A atividade de catador não detém uma posição estabelecida no âmbito das estatísticas oficiais. Conforme o Censo Demográfico de 2010, constatou-se a existência de 387.910 pessoas em todo o território brasileiro que se declararam catadoras como sua ocupação principal. São em sua maioria do sexo masculino e de cor/raça negra, com relações de trabalho fortemente marcadas pela informalidade, com baixa escolaridade, baixa cobertura previdenciária e residentes em áreas urbanas com deficiências de infraestrutura domiciliar graves⁷⁻⁹.

Ao revirarem lixeiras à procura do que pode ser sua matéria-prima, os catadores ficam em contato direto e diário com materiais que podem provocar sérios danos à sua saúde. Têm os seus corpos expostos a contaminação de produtos químicos; lixo hospitalar; animais mortos; contaminação por via oral de gases e odores emanados por resíduos; risco de picadas de insetos e mordedura de animais; contato com materiais perfurocortantes; e risco de acidentes por atropelamento em vias públicas. Danos à saúde mental também são constantes, pois esses sujeitos sofrem em seu cotidiano discriminação e humilhação pelo trabalho que realizam, com agressões verbais focadas nos estigmas que esses trabalhadores carregam: "mendigos", "marginais" e "sujos", "ladrões"¹⁰⁻¹².



Pelo conjunto de aspectos elencados anteriormente, os trabalhadores da reciclagem são considerados uma população vulnerável e sua atenção à saúde deve levar em consideração esses fatores para o planejamento de ações. O modelo ideal para o enfrentamento de situações de saúde para populações vulneráveis, como o caso dos trabalhadores da reciclagem, é a Atenção Primária à Saúde (APS)^{13,14}.

Uma importante característica da APS é a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social – como discutido na conferência de Alma-Ata –, o que implica em atuação dirigida para a comunidade. Reconhecer a determinação social do processo saúde-doença exige a articulação com outros setores de políticas públicas, desencadeando e mediando ações intersetoriais para o desenvolvimento social integrado e a promoção da saúde¹⁴.

Um dos atributos essenciais da APS é o Primeiro Contato, que implica em acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Outro importante atributo é a Integralidade – as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS e outros em diversos serviços que compõem o sistema de saúde^{15,16}.

O catador de material reciclável, sendo indivíduo parte de uma população à margem da sociedade, sofre influência de maneira radical no processo saúde-doença, determinando condições de vulnerabilidade que interferem na capacidade de acesso aos serviços de saúde. Portanto faz-se necessário que os profissionais dos serviços de saúde, especificamente da APS, apropriem-se dessa realidade e conheçam a visão desses sujeitos sobre a produção de saúde-doença-cuidado para evidenciá-la e proporcionar um olhar ressignificado qualificando as ações em saúde.

O objetivo desta pesquisa foi compreender o processo saúde-doença-cuidado de pessoas que trabalham com reciclagem no município de Curitiba, reconhecendo na narrativa dos sujeitos como se experimenta o processo de adoecimento e a vivência das possíveis respostas a esse fenômeno; e investigando como ocorre o acesso ao serviço de saúde por esses trabalhadores. Procura-se dessa forma elementos para auxiliar o acolhimento desses trabalhadores na APS.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de base qualitativa, utilizando como ferramenta entrevistas com pessoas que trabalham com reciclagem em uma comunidade de Curitiba, seguidas de análise das narrativas usando a hermenêutica gadameriana¹⁷.

Para recrutamento dos trabalhadores foi procurada a associação Eco Cidadão do bairro Boqueirão, uma associação de catadores. Nessa associação, os trabalhadores são contratados e recebem o pagamento semanal por peso de material separado. Após a apresentação da pesquisa, os trabalhadores foram convidados à participação voluntária pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, a cada entrevista foi

solicitada indicação de outros trabalhadores, associados do Eco Cidadão ou não, moradores da mesma região. Foram incluídos trabalhadores maiores de 18 anos de idade, carrinheiros, catadores ou trabalhadores de galpão/cooperativa de reciclagem. Foram excluídos menores de idade e pessoas com prejuízo cognitivo grave.

O número final de entrevistados foi definido a partir da amostragem por saturação, que consiste na suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na visão do pesquisador, redundância ou repetição, não sendo relevante persistir na coleta de dados¹⁸.

As entrevistas foram realizadas após assinatura do TCLE em um consultório da Unidade de Saúde responsável pela área onde se encontra tanto a associação Eco Cidadão quanto o domicílio dos entrevistados, cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Foram realizadas em conjunto por dois autores da pesquisa, sendo um deles sempre o médico de Família e Comunidade responsável pelo atendimento clínico de todos os entrevistados, no período de maio a agosto de 2018.

Foram realizadas entrevistas abertas em profundidade a partir de questões disparadoras, permitindo a livre expressão dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente integralmente transcritas, sendo suprimidas quaisquer informações que pudessem incorrer na identificação do indivíduo. Para manutenção do sigilo, foram determinados pseudônimos para a referência aos entrevistados (Onça-Pintada, Lobo-Guará, Tatu, Quati, Gralha-Azul, Bem-Te-Vi, Capivara e Pintado), representando a fauna local, escolhidos pelos próprios autores.

O roteiro de entrevista contou com questões relacionadas ao processo de trabalho, do adoecer, das repostas a este e da relação com o serviço de saúde. As transcrições foram transformadas em narrativas conforme os preceitos da hermenêutica gadameriana¹⁷, que busca o significado a partir dos fenômenos emanados dos discursos; e a partir daí extraíram-se os núcleos argumentais que foram agrupados em categorias construídas conforme interpretação dos discursos. Para seguir essa dinâmica, foi feito um processo de leitura inicial superficial e, posteriormente, detalhado das transcrições; após, iniciou-se o processo de transformar os textos em narrativas, em que se manteve o sentido das falas originalmente criadas pelos participantes. Buscou-se também sintetizar os textos enfatizando ideias repetidas. Para o reconhecimento e comparação das respostas obtidas nas entrevistas, foram construídas grades de análise com as categorias encontradas nos discursos. As narrativas foram lidas diversas vezes para que fossem identificados seus núcleos argumentais e posteriormente foi montada uma grade de análise com todas as categorias obtidas, comparando-se os trechos extraídos do material. Os textos – na proposta metodológica feita – constituem os dados essenciais, a base para as interpretações e o meio de comunicação dos achados da pesquisa¹⁹.

Como a intenção do trabalho foi compreender o processo saúde-doença-cuidado dos entrevistados, optou-se por descrever a estrutura da experiência vivida, incluindo o sentido que essa experiência tem para os indivíduos que dela participam. Isso se justifica, uma vez que apenas com o conhecimento das significações dos fenômenos do processo saúde-doença é possível, por exemplo, “entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde”²⁰ (p. 510).



A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e registrada na Plataforma Brasil, CAAE 80355317.0.0000.0102.

Resultados

Foram realizadas oito entrevistas com trabalhadores da reciclagem pertencentes à área de abrangência de uma mesma Unidade de Saúde de Curitiba (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos trabalhadores da reciclagem entrevistados pertencentes à área de abrangência de uma mesma Unidade de Saúde

Trabalhador	Gênero	Idade (anos)	Ganho médio (reais/mês)	Tempo na reciclagem (anos)	Ocupação
Quati	M	51	Até 1700	4	Catador
Pintado	M	53	700	20	Carrinheiro
Capivara	F	45	1100	15	Associada
Lobo-guará	M	53	Até 1000	5	Associado
Tatu	M	64	500	15	Catador
Onça-pintada	F	65	300	Mais de 20	Carrinheira
Gralha-azul	F	45	500	4	Carrinheira
Bem-te-vi	M	64	1000	30	Catador

Legenda: F – feminino; M - masculino

A análise das narrativas evidenciou três grandes núcleos argumentais: o cotidiano do trabalho, os riscos ocupacionais e a relação com os serviços de saúde.

O mundo (cotidiano) do trabalho da reciclagem

Os relatos caracterizam o cotidiano do trabalho como árduo, com grandes cargas, sem horário definido, com exigência física e com pouco retorno financeiro. Por outro lado, esse trabalho, pela sua autonomia, flexibilidade de horário e relação direta entre produção e ganho financeiro é percebido como um serviço gratificante, divertido e por vezes tido como o maior prazer da vida dos trabalhadores.

De manhã cedo eu saio 6, 7 horas, mais ou menos. Eu tenho um carrinho grande, a gente que empurra, não tem motor, o motor é a gente mesmo. É bem cansativo. (Pintado)

O que eu mais gosto de fazer da vida, é o que falei: puxar o carrinho. Eu tô feliz, eu tô na rua. (Gralha-Azul)



O trabalho é caracterizado como solitário e exigente, porém, apesar das dificuldades inerentes à forma de trabalhar, a autonomia do trabalhador é percebida como de grande valor, assim como são considerados benefícios a flexibilidade de horários, a total liberdade de agendas e processos, a não cobrança de terceiros por produtividade e a atividade física proporcionada pelo trabalho.

As narrativas trazem histórias comuns sobre como se começou a atuar com essa forma de trabalho: não havendo outras opções de trabalho disponíveis, encontra-se na reciclagem um trabalho que não pede nenhum pré-requisito, com material disponível em toda a cidade, possibilidade de ganhos financeiros e de aprendizagem fácil. Há um coleguismo entre os recicladores para ensinar a prática. É frequente o sentimento de incapacidade de obter outra forma de trabalho após tanto tempo como reciclador.

Além disso, há um discurso contraditório de valorização e elogio ao trabalho, ao mesmo tempo em que se critica as condições e os danos causados por ele. Essa contradição é frequente em várias narrativas dos entrevistados.

Hoje o serviço é muito melhor, eu sou meu patrão, ninguém me manda, cansa menos, para a saúde é muito melhor. O horário que eu trabalho melhorou bastante. [...] Reciclar é melhor do que estar jogando nos rios. (Quati)

Esse negócio de papelão, materiais aí, é só ilusão, isso aí é só pra você não ficar parado, pra você ter um dinheirinho no bolso, pra você poder comprar alguma coisa que falta ou algo assim. (Pintado)

O carrinho é pesado e a gente carrega muito. Pra mim é um entretenimento. Mesmo sendo um serviço perigoso, a gente se diverte, porque acha o que fazer dele. Mas muitos só catam e não sabem aproveitar. (Onça-Pintada)

Nas entrevistas, existe um discurso recorrente sobre a distinção entre o que é ser trabalhador e ganhar a vida de forma desonesta, cometendo crimes ou mesmo pedindo comida nas casas. Os entrevistados valorizam sua retidão no trabalho, comparando-se àqueles que em situações semelhantes optam pela sobrevivência com atos ilícitos.

A gente tinha que ser tratado um pouco melhor, igual aos outros, não melhor, mas igual. O que aquele carrinheiro tem de diferente daqueles outros? Quantos que tão roubando aí, que tão tirando a vida por causa de um real, 50 centavos? A gente tem que trabalhar, quer ganhar dinheiro da gente honestamente. (Pintado)

Na rua a turma tira sarro da gente. Chama a gente de lixeiro, tudo quanto é coisa. É melhor ser lixeiro do que andar roubando, ou vendendo outras coisa. Que nem muitas mulher vende drogas, essas coisas. A gente ao menos tá trabalhando, tá livre de tudo quanto é coisa, a gente vai de cabeça erguida. (Onça-Pintada)



Riscos ocupacionais

Os trabalhadores elencam alguns riscos que o trabalho com a reciclagem os expõe: a sobrecarga física trazendo dores e cansaço; o risco de cortes e lesões na pele; contato com material hospitalar e com materiais cortantes; contaminação; risco de se contrair leptospirose e outras doenças contagiosas; estar sujeito às mudanças do clima; e os riscos de se trabalhar nas ruas, que envolvem atropelamentos e violência.

Apesar de elencar todos esses riscos, os trabalhadores minimizam e naturalizam os danos causados pelo trabalho. Surge nas narrativas a enunciação de riscos seguida por uma imediata negação da sua potencial gravidade, um asserenamento dos danos causados por eles; uma fala que parece fazer uma defesa da existência do risco como inerente ao trabalho, encarando-o como natural.

É bem cansativo de andar, mas a gente é assim acostumado em serviço pesado [...] corre risco de machucar, tem muitas pessoas que jogam às vezes um caco de vidro, injeção, que põe junto no reciclado. (Lobo-Guará)

Às vezes vem cada agulha, que eu não sei pra que aquelas agulha tão grande e grossa. Esse é o mais perigoso, as pequenininhas não dói tanto, mas uma agulha dessa, se cutucar o dedo é um perigo. Eu mesma cansei já de me cutucar, mas daí eu chego em casa e lavo bem minha mão e tacho-lhe álcool, remédio, daí não arruína. (Onça-Pintada)

Meus problemas de pulmão e de dor nas costas foram tudo de peso, de dia inteiro trabalhando pesado. Com o trabalho de hoje não tem nada que não seja bom pra saúde, ele é muito bom pra saúde. (Quati)

A relação com os serviços de saúde

Todos os entrevistados são da área de abrangência de uma mesma Unidade de Saúde que modificou sua forma de acesso para ofertar melhor receptividade às demandas dos trabalhadores da reciclagem, pois essa é a forma de trabalho de boa parte dos seus usuários. Para isso, a unidade trabalha com o acesso avançado²¹.

A unidade possui em seu quadro funcional uma equipe da Estratégia Saúde da Família atendendo há 14 anos a população de três mil moradores, dos quais estima-se que 250 trabalhem de alguma forma com a reciclagem segundo dados da própria equipe de saúde. Sendo pequena, a equipe em questão moldou sua forma de acesso e agenda a partir das discussões com os representantes da comunidade e com a gestão municipal, chegando a um modelo de acesso que permite o agendamento imediato para os atendimentos do dia mantendo o controle das condições crônicas e ações programáticas.

Ao adoecer, os trabalhadores da reciclagem relatam optar por aguardar a melhora ou tentar tratamentos próprios e, caso não haja melhora, procurar a Unidade de Saúde.



Quando eu fico doente eu venho no posto, mas é muito difícil. Eu tomo remédio caseiro. Eu invento remédio caseiro lá e tomo, só quando eu não melhora que eu vou no médico. (Onça-Pintada)

Cada dia afastado do serviço por motivo de saúde é um dia a menos de ganho. Dessa forma, os relatos demonstram que dores, doenças e acidentes são subvalorizados e a busca pelo cuidado em saúde acontece em último caso.

Os recicladores relatam também serem bem atendidos na Unidade de Saúde e elencam como qualidades do atendimento o respeito, a não discriminação com sua profissão, o cuidado, a flexibilidade de horário para chegada e o pronto-atendimento às demandas.

Apesar dos atendimentos serem pontuais, todos relatam um bom vínculo com a equipe de saúde. Percebe-se que a construção do vínculo se deu pelos diversos encontros ao longo do tempo. Em outros locais de atendimento, como ambulatórios ou serviços de emergência, os recicladores omitem a sua profissão e referem que a forma com que se apresentam tem relação com o tipo de atendimento que recebem.

[...] tratam a gente como se fosse normal, como qualquer outra pessoa, independente se eu cato papel ou não, a gente é bem recebido da mesma forma. (Pintado)

Eu não sei se tem alguma diferença do pessoal que atende a gente com as outras pessoas que não fazem reciclagem. Não me olham diferente, não falam diferente com a gente. (Gralha-Azul)

Quando vamos em outros lugares não sei dizer, porque daí a gente não fala sobre isso [trabalhar com a reciclagem]. (Pintado)

Discussão

Ao se analisar o cotidiano do trabalho da reciclagem, percebeu-se uma forte crítica às características desgastantes do trabalho, contraposta a uma satisfação do trabalhador com aspectos do serviço da reciclagem. O asserenamento das críticas vem de trabalhadores já acostumados a outros serviços extenuantes. Em comparação ao trabalho com a reciclagem, esses trabalhadores não veem grande distinção nos riscos desse trabalho com aqueles ou uma necessidade de legitimação do trabalho de reciclagem como última opção de sobrevivência, como ressalta Zacarias¹², ao definir os recicladores como uma massa de trabalhadores que tem identificado no trabalho informal a possibilidade de garantir sua sobrevivência, mesmo que isso signifique jornadas intermináveis, desproteção de políticas previdenciárias e condições de trabalho muitas vezes insalubres.



O trabalho com a reciclagem traz um ganho em comparação a outras experiências dos recicladores e a chegada a ele traz benefícios reais (como autonomia do trabalho, flexibilidade de horários e ganho financeiro necessário à sobrevivência familiar)? Ou existiria um mecanismo de autoafirmação dentro da categoria de defesa de sua identidade de trabalhador, pois tal trabalho é a última alternativa de sustento dessas pessoas e o caminho final de uma vida de exclusão de uma população que “é composta de trabalhadores sem contrato, [...] desancada do mercado de trabalho e sem atributos para retornar às ocupações formais”²² (p. 104)?

Há uma contraposição entre ser trabalhador de reciclagem e a criminalidade, sendo que a comparação faz uma defesa do trabalhador como alguém honesto, contraposto à desonestidade de roubar, traficar ou cometer outros atos ilícitos, ou mesmo pedir doações nas casas e nas ruas. O estigma de ser reciclador é ressaltado por Zacarias¹²:

trabalhar com o que não é mais importante para sociedade é carregar o estigma atribuído também de sobra, de excluído. Ao dividir o mesmo espaço socioambiental com pessoas ditas “incluídas”, os catadores sofrem abusos depreciativos, pois não são vistos enquanto homens e mulheres trabalhadores, chefes de família e que buscam neste espaço, muitas vezes por necessidade e não por opção, uma alternativa para viverem com a dignidade que for possível. (p. 299)

Para se afastar da marca de excluído, o trabalhador afirma-se como tal.

Os relatos trazem que doações são bem-vindas, em dinheiro ou em alimentos, demonstrando gratidão. Porém solicitar doações é visto como algo ruim, uma forma desonesta de sobrevivência, como trazido por Martins⁷:

[...] as perspectivas dos catadores de rua e dos carrinheiros são limitadas pela situação de clandestinidade ou de semiclandestinidade em que se eles se encontram, constituindo-se sua atividade em uma alternativa à marginalidade. Ainda assim, para vastos setores da população – os mais pobres dentre os pobres urbanos, com mais baixo *status* e com uma presença predominante de mulheres e crianças –, a coleta de lixo nas ruas representa, muitas vezes, a única fonte de sobrevivência⁷. (p. 70)

O valor da reciclagem como proteção ambiental é ressaltado por publicações e defensores dos processos de reciclagem, porém, apenas um dos entrevistados valoriza este aspecto no seu trabalho. O valor do trabalho está muito mais na sobrevivência individual das famílias, diferentemente do relatado por Martins⁷, que afirma: nos relatos sobre as trajetórias de formação e de organização dos catadores/recicladores, percebe-se que a consciência de pertencer a um grupo, isto é, a determinação de sua identidade como uma nova categoria ocupacional ou profissional leva em consideração não apenas os ganhos materiais relativos às atividades de reciclagem, mas também os aspectos de resgate social dos trabalhadores e/ou de vínculo com o tipo de trabalho que estão executando, pela importância que ele representa como um serviço de cuidado com o meio ambiente.

Na análise dos riscos ocupacionais, surgem alguns dos presentes na literatura: sobrecarga física; cortes e lesões na pele; contato com material hospitalar e com outros materiais cortantes; contaminação, infecção por leptospirose e outras doenças contagiosas; mudanças do clima; atropelamentos; e violência. Não aparecem nos discursos alguns dos riscos levantado por Gutberlet²³ a partir de oficinas realizadas com catadoras, agrupando-os em: químicos, biológicos, físicos, relacionados a acidentes, ergonômicos e emocionais vulneráveis. Em nossas entrevistas *não* são citados os dois últimos, apesar de ser perceptível nas narrativas a carga de sofrimento emocional que a posição de reciclador gera.

A subestimação desses riscos e de suas consequências é frequente; os riscos são expostos pelos trabalhadores, e o discurso em seguida nomeia também os benefícios do trabalho, fazendo uma contraposição. Por se tratar de pessoas que encontraram na reciclagem uma última opção de sobrevivência, o trabalhador sente necessidade em fazer uma defesa desta, negando os riscos, da mesma forma em que se valoriza o trabalho apesar de sua característica desgastante. Em entrevistas sobre condições de saúde de uma população semelhante à de nossa pesquisa, Zacarias¹² encontrou, no primeiro momento da coleta, 80% dos entrevistados com relatos de nunca terem tido qualquer problema de saúde relacionado a patologias associadas ao trabalho. Foi preciso esmiuçar mais a pergunta, estabelecendo um diálogo mais próximo, para que essas pessoas se lembrassem do que já haviam passado e se questionassem sobre sua condição de saúde. Já Vasconcelos²⁴ relata que a maioria reconhece a existência de algum risco no local de trabalho com o lixo. Apenas uma pequena parte das catadoras considera que já teve alguma doença provocada pelo trabalho com o lixo.

Os trabalhadores da reciclagem demonstram uma visão de que os serviços de saúde devem ter como enfoque o pronto atendimento das suas demandas para retornar à condição de trabalho; e o alívio das dores e dos sofrimentos agudos. Vasconcelos²⁴ enuncia, quando considerado o contexto de saúde, que as catadoras, em alguns casos, relatam que ter saúde é não ter doença, mas sim ter condição para trabalhar. Em outro contexto, a definição de saúde se limita às suas necessidades e anseios para se sentirem bem, como: não sentir dor; não sentir nenhum desconforto; e não precisar de hospital, médico ou remédios.

Não há nas narrativas a visão da necessidade de cuidado longitudinal em saúde e atenção a situações crônicas de potencial gravidade ao futuro. As situações de vida e grande vulnerabilidade em que se encontram são tão severas que o olhar para si próprio, seu corpo e sua saúde, torna-se supérfluo? Para alguém com uma vida tão dura, pensar em cuidados crônicos de saúde e proteção ao futuro é um luxo não alcançável? A necessidade diária de sobrevivência impossibilita planos para o amanhã? Zacarias¹² encontrou em sua pesquisa o mesmo ao buscar medidas de prevenção em saúde entre catadores: para a maioria dos sujeitos desta pesquisa, não é presente o uso de meios ou instrumentos de proteção, apesar de conhecerem os riscos presentes na atividade que executam.

Apesar do olhar pontual de cuidado em saúde, os trabalhadores referem um bom vínculo com a unidade de saúde, construído a partir de encontros em situações de necessidade, quando percebem um atendimento que não os discrimina, compreendendo suas especificidades. Um dos maiores elogios ao serviço é a flexibilidade de horário e o pronto atendimento às necessidades em saúde. Isso dá-se pela forma de organização do acesso da unidade de saúde à qual estão vinculados, que organiza o seu atendimento no modelo de



acesso avançado, que, segundo o proposto por Murray e Tantau²¹, possui uma regra de ouro: "faça hoje o trabalho de hoje". Essa regra permite que a pessoa seja atendida pelo seu médico no mesmo dia em que solicita o atendimento de qualquer natureza. Isso reduz o tempo de espera, aumenta a satisfação da equipe de APS e dos usuários e, no caso dos trabalhadores da reciclagem, permite a pronta resposta às suas demandas quando consideram necessário.

Para ofertar o atendimento a trabalhadores da reciclagem, os profissionais de saúde devem então trabalhar uma clínica de baixa expectativa centrada na construção de condições em saúde a partir do existente e possível de cada um.

O respeito à situação do trabalhador da reciclagem parte da premissa de que é ele o indivíduo que determina o que é o seu adoecer e a sua concepção de saúde, devendo ter o direito fundamental de manter as suas enfermidades e os seus sofrimentos em balanço com a sua situação de vida, guiando a relação com o profissional de saúde em busca de uma construção conjunta do processo saúde-cuidado para aquilo que é interessante ao maior afetado – o paciente –, sendo este um caminho possível encontrado nos atendimentos à saúde desta população. O foco da atenção ao trabalhador da reciclagem torna-se o sujeito e a clínica, e não os indicadores coletivos de atenção à saúde. Muda-se o foco da atuação profissional para a construção da saúde a partir dos desejos, anseios e buscas de cada indivíduo, na atitude de cuidar. Para isso, sugere Ayres²⁵:

[...] não se deve diminuir em nada a importância do controle da doença, seja de sintomas, da patogênese, da infecção ou de epidemias. Mas deve ser revista sua exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde.
[...] Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo²⁵. (p. 69)

Partindo dos achados desta pesquisa, pode ser sugerido às equipes de APS responsáveis pelo atendimento de trabalhadores da reciclagem que busquem adaptar suas agendas para flexibilizar os horários de chegada, focando seu atendimento a partir das demandas dos usuários, dando atenção pontual e resolutiva às situações para assim construir um vínculo duradouro com a população. Para essa construção, é necessário que haja uma escuta acolhedora, sem preconceitos, para que a população vulnerável compreenda que aquele espaço em saúde é o local para busca de atenção, como relata Vasconcelos²⁴:

A busca pelo cuidado em saúde das catadoras é marcada por uma peregrinação nos serviços públicos de saúde. A demora na marcação das consultas e cirurgias faz com que elas procurem serviços privados de saúde na tentativa de suprir suas necessidades²⁴. (p. 68)

Um serviço de APS que oferte disponibilidade de tempo, acesso, vínculo e resolutividade; sem barreiras de preconceito; e centrado no usuário deverá ser capaz de acolher plenamente a população de trabalhadores da reciclagem.



Para a análise da relação dos trabalhadores da reciclagem com os serviços de saúde em nossa pesquisa, é necessária a ressalva de que as entrevistas foram realizadas pelo médico de Família e Comunidade responsável pelo atendimento clínico de todos os entrevistados, e esta relação direta pode, por um lado, ter influenciado as respostas relativas ao trabalho desempenhado pelo serviço de saúde. Porém, por outro lado, permitiu a aproximação deste profissional aos entrevistados, pois já há um vínculo estabelecido, e entre ambos, o que potencializa a obtenção dos dados necessários às entrevistas qualitativas, como afirma Fraser²⁶:

Por meio da interação verbal de entrevistado e entrevistador, é possível apreender significados, valores e opiniões e compreender a realidade social com uma profundidade dificilmente alcançada por outras técnicas [...]. Isto porque, no caso das entrevistas qualitativas, a relação estabelecida entre o entrevistador e o entrevistado permite um diálogo amplo e aberto favorecendo não apenas o acesso às opiniões e às percepções dos entrevistados a respeito de um tema, como também a compreensão das motivações e dos valores que dão suporte à visão particular da pessoa em relação às questões propostas²⁶. (p. 150)

A relação entre o entrevistador e entrevistados pode ser vista ao mesmo tempo como limitação e potencialidade da metodologia proposta. Além desta, outra limitação é a de que a pesquisa tem por objetivo buscar a visão dos trabalhadores da reciclagem sobre o atendimento em saúde, não sendo possível produzir alguma forma de avaliação quantitativa do trabalho da equipe de APS. Por fim, o objetivo desta pesquisa é a compreensão do processo saúde-doença-cuidado dos trabalhadores da reciclagem; portanto, não é possível avaliar a partir desta dados epidemiológicos de doenças e acidentes dos recicladores.

A literatura internacional apresenta um vasto número de pesquisas, em especial, em países em desenvolvimento da Ásia, África e América do Sul, relatando os riscos aos quais os trabalhadores da reciclagem são expostos, quais agravos são mais frequentes nessa população e qual é sua condição de saúde, sendo em sua maioria estudos epidemiológicos^{27,28}. Uma revisão sistemática cita estudos qualitativos como o presente, porém, de forma crítica, considerando que é uma metodologia de pesquisa que tende a trazer um viés em pesquisas epidemiológicas²⁹. Acreditamos que nossa pesquisa pode contribuir para a compreensão do olhar do trabalhador da reciclagem a respeito de seu processo saúde-doença-cuidado.

Conclusão

A reciclagem para muitos trabalhadores é uma última opção de sobrevivência dentro das regras sociais do mundo do trabalho e, apesar de todas as suas dificuldades, esforços e sobrecargas, é também vista como uma forma digna de sobrevivência e valorizada como um dos maiores bens de suas vidas, pois fornece a esses indivíduos a possibilidade de trabalhar. Essa valorização leva-os a subestimar os riscos e danos causados pelo trabalho, o que impacta na sua relação com os serviços de saúde: a procura pela atenção à saúde é pontual, não longitudinal e com intenção de retomar a condição de saúde para poder seguir trabalhando. Para ofertar a atenção adequada, as



equipes de APS responsáveis pelo atendimento dessa população devem adaptar suas agendas para flexibilizar os horários de chegada e dar atenção pontual às demandas trazidas com uma clínica de baixa expectativa para construir um vínculo duradouro com os trabalhadores, ofertando uma qualidade de serviço adequada aos seus interesses e mudando o foco da atuação profissional para a construção da saúde a partir dos desejos, anseios e buscas de cada indivíduo, na atitude de cuidar.

Contribuição dos autores

André Filipak, Sabrina Stefanello e Deivisson Vianna Dantas dos Santos participaram ativamente da concepção e delineamento do trabalho; da discussão dos resultados; e da redação e revisão crítica do manuscrito. Jaqueline Midori Okada e Marian Hennings Hunzicker participaram ativamente da concepção e delineamento do trabalho; da discussão dos resultados; e redação do manuscrito. Todos os autores participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Mannarino CF, Ferreira JA, Gandolla M. Contribuições para a evolução do gerenciamento de resíduos sólidos urbanos no Brasil com base na experiência Européia. *Eng Sanit Ambient.* 2016; 21(2):379-85.
2. Moreno-Sánchez RDP, Maldonado JH. Surviving from garbage: the role of informal waste-pickers in a dynamic model of solid-waste management in developing countries. *Environ Dev Econ.* 2006; 11(3):371-91.
3. Galon T, Marziale MHP. Condições de trabalho e saúde de catadores de materiais recicláveis na América Latina: uma revisão de escopo. In: Pereira BCJ, Goes FL. *Catadores de materiais recicláveis: um encontro nacional.* Rio de Janeiro: Ipea; 2016. p. 169-99.
4. Sabedot S, Pereira Neto TJ. Desempenho ambiental dos catadores de materiais recicláveis em Esteio (RS). *Eng Sanit Ambient.* 2017; 22(1):103-9.
5. Andrade A. O trabalho de catadores de resíduos potencialmente recicláveis em Caxias do Sul: impactos na saúde e na qualidade ambiental [tese]. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul; 2016.
6. Braga NL, Lima DMA, Maciel RH. Não tinha trabalho, mas tinha reciclagem: sentidos do trabalho de catadores de materiais recicláveis. *Temas Psicol.* 2015; 23(4):1051-9.
7. Martins CH. Catadoras/recicladoras na Região Metropolitana de Porto Alegre: organização do trabalho e identidade ocupacional. *Mulher Trab.* 2005; 5:65-79.



8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Situação social das catadoras e dos catadores de material reciclável e reutilizável – Brasil. Brasília: Ipea; 2013.
9. Lisboa C. Os que sobrevivem do lixo. *Desafios Desenvol.* 2013; 10(77):58-63.
10. Oliveira DAM. Percepção de riscos ocupacionais em catadores de materiais recicláveis: estudo em uma cooperativa em Salvador-Bahia [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
11. Cavalcante S, Franco MFA. Profissão perigo: percepção de risco à saúde entre os catadores do Lixão do Jangurussu. *Rev Mal-Estar Subj.* 2007; 7(1):211-31.
12. Zacarias IR, Bavaresco CS. Conhecendo a realidade dos catadores de materiais recicláveis da Vila Dique: visões sobre os processos de saúde e doença. *Textos Contextos (Porto Alegre).* 2009; 8(2):293-305.
13. Bortoli MA. Catadores de materiais recicláveis: a construção de novos sujeitos políticos. *Rev Katálysis.* 2009; 12(1):105-14.
14. Giovanella I, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
15. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
16. Fausto MCR, Matta GC. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2007. p. 43-68.
17. Ricoeur P. *Interpretação e ideologias.* Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
18. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(1):17-27.
19. Gadamer HG. *Verdade e método.* 3a ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
20. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica.* 2005; 39(3):507-14.
21. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag.* 2000; 7(8):45-50.
22. Bosi AP. A organização capitalista do trabalho “informal”: o caso dos catadores de recicláveis. *Rev Bras Cienc Soc.* 2008; 23(67):101-16.
23. Gutberlet J, Baeder AM, Pontuschka NN, Filipone SM, Dos Santos TL. Participatory research revealing the work and occupational health hazards of cooperative recyclers in Brazil. *Int J Environ Res Public Health.* 2013; 10(10):4607-27.
24. Vasconcelos JPR. A saúde de catadores/catadoras de materiais recicláveis: do contexto de vida ao enfrentamento do cotidiano [dissertação]. Ceilândia: Universidade de Brasília; 2016.
25. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cienc Saude Colet.* 2001; 6(1):63-72.
26. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia.* 2004; 14(28):139-52.
27. Cruvinel VRN, Marques CP, Cardoso V, Novaes MRCCG, Araújo WN, Angulo-Tuesta A, et al. Health conditions and occupational risks in a novel group: waste pickers in the largest open garbage dump in Latin America. *BMC Public Health.* 2019; 19(1):581.



28. Fazzo L, Minichilli F, Santoro M, Ceccarini A, Della Seta M, Bianchi F, et al. Hazardous waste and health impact: asystematic review of the scientific literature. *Environ Health*. 2017; 16:107.
29. Ncube F, Ncube EJ, Voyi K. A systematic critical review of epidemiological studies on public health concerns of municipal solid waste handling. *Perspect Public Health*. 2017; 137(2):102-8.

Recycling collectors are excluded for the activity they perform (in inadequate conditions and with no social recognition). The objective of this research was to understand the health-disease-care process of people who work with recycling to help build strategies to welcome this population in Primary healthcare. It was an exploratory, descriptive, and qualitative study where eight interviews were conducted with recycling workers. The analysis was conducted based on Gadamer's hermeneutics. The analysis evidenced three large argumentative nuclei: work routine, occupational risks, and health service relation. For most workers, recycling is their last resort to survive in the social rules of the occupational world, despite all its difficulties, efforts, and burdens. It is considered a dignified way of survival and valued as one of the greatest assets in their lives: the possibility to work.

Keywords: Garbage collectors. Vulnerable population. Use of solid waste. Health-disease process. Access to healthcare.

El recogedor de materiales reciclables es excluido por el tipo de actividad que realiza, en condiciones inadecuadas y sin reconocimiento social. El objetivo de este estudio fue entender el proceso salud-enfermedad-cuidado de personas que trabajan con reciclaje para auxiliar en la formación de estrategias de acogida de esta población en la Atención Primaria. Estudio exploratorio descriptivo de base cualitativa, habiéndose realizado ocho entrevistas con trabajadores del reciclaje y un análisis utilizando la hermenéutica gadameriana. El análisis mostró tres grandes núcleos argumentales: cotidiano del trabajo, riesgos ocupacionales y relación con los servicios de salud. Para muchos trabajadores, el reciclaje, es una última opción de supervivencia dentro de las reglas sociales del mundo del trabajo y, a pesar de todas sus dificultades, esfuerzos y sobrecargas, es vista como una forma digna de supervivencia y valorizada como uno de los mayores bienes de sus vidas: la posibilidad de trabajar.

Palabras clave: Recogedores. Poblaciones vulnerables. Uso de residuos sólidos. Proceso salud-enfermedad. Acceso a los servicios de salud.

Submetido em 09/08/19.
Aprovado em 06/07/20.

A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental

Practice and perception of Primary Healthcare professionals about Mental Health (abstract: p. 17)

La percepción y la práctica de los profesionales de la Atención Primaria de la Salud sobre la Salud Mental (resumen: p. 17)

Rafaela Miranda Proto Pereira^(a)

<rafinhampp@hotmail.com> 

Fábio Ferreira Amorim^(b)

<fabio.amorim@escs.edu.br> 

Maria de Fátima de Novais Gondim^(c)

<mariagondim@escs.edu.br> 

^(a, b, c) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde. SMHN, quadra 3, conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS – Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Asa Norte. Brasília, DF, Brasil. 70710-907.

A elucidação dos entraves na assistência à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para a melhoria dos serviços. O objetivo do estudo foi conhecer a percepção e a prática dos profissionais sobre a Saúde Mental na APS para contribuir no esclarecimento das dificuldades percebidas. Trata-se de um estudo transversal qualitativo em profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) de Itumbiara, GO, Brasil, por meio de questionário semiestruturado, sendo realizada análise de conteúdo conforme técnica de Bardin. Foram identificadas barreiras como incapacidade em lidar com demandas de Saúde Mental, receio no contato com usuário, falta de processos de trabalho específicos para a Saúde Mental e incompreensão de como realizar o acompanhamento e a interlocução entre os serviços de saúde de forma a garantir a integralidade. O entrave principal se dá em como fazer, necessitando intervenções efetivas de Educação Permanente.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Integralidade em saúde.

Introdução

A necessidade de apoio em Saúde Mental tem crescido exponencialmente¹⁻³. Assim como previu a Organização Mundial de saúde (OMS), atualmente a depressão está entre as principais causas de incapacidade no mundo², confirmada a previsão em seu novo relatório de 2017⁴, que aponta a existência atual de 322 milhões de pessoas no mundo. Transtornos mentais acometem 25% da população mundial em alguma fase da vida, totalizando aproximadamente 20% da demanda na APS. Assim, a importância de os profissionais da APS estarem aptos a lidar com essas necessidades, promovendo atenção integral à saúde da pessoa em sofrimento psíquico, pode ser entendida como resultado do impacto na saúde mental dos fatos cotidianos na vida de uma pessoa em contraponto a sua capacidade de adaptar-se aos acontecimentos, que é relacionada não somente a sua individualidade, mas também a condição social, história de vida, rede de apoio e outros fatores. Embora o sofrimento psíquico esteja de alguma forma presente na vida de todos, em alguns pode ameaçar romper a identidade³. Assim, é importante o olhar integral, que compreende o indivíduo como um ser completo e indissociável de seu contexto social, político, histórico, familiar e ambiental, sendo esses fatores determinantes do processo de saúde-doença⁵. O propósito está em assistir as pessoas frente a seus sofrimentos e contextos, em vez de tratar apenas a doença⁶.

Os modelos de APS foram difundidos por meio da construção coletiva com base em referenciais teóricos, tendo como objetivo ampliar a promoção de saúde⁷. Na perspectiva de contribuir para consolidar o direito universal à saúde, os profissionais devem possuir diferentes conhecimentos e habilidades de modo a garantir a integralidade⁸. No Brasil, o movimento de ampliação da saúde ficou conhecido como Reforma Sanitária brasileira, que decorreu de um processo de mobilização social pela redemocratização, associado à indignação frente às desigualdades e aos interesses do mercado na saúde, tendo como marcos a Oitava Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que torna universal o direito à saúde^{7,9}. Ao longo do processo de consolidação do SUS, a ESF foi – e ainda é – importante fator propulsor para o avanço da APS, caracterizada pela utilização de tecnologias leves, que levam em conta critérios de riscos e vulnerabilidades, acolhendo necessidades de saúde e sofrimento. É orientada por princípios como continuidade do cuidado, universalidade, integralidade, vinculação, humanização, responsabilização e equidade¹⁰. A saúde se estende ao âmbito individual e coletivo, sendo o direito do usuário tratado de forma integral, atuando no diagnóstico, reabilitação e redução de danos com repercussão nos determinantes e condicionantes de saúde. Os profissionais são orientados a trabalhar em equipe e estruturar o processo de trabalho com atuação fundamentada na territorialização, mapeamento de áreas e planejamento de ações⁸.

No âmbito da Saúde Mental, esse movimento ocorreu de forma fronteira à Reforma Sanitária, sendo conhecido como Reforma Psiquiátrica brasileira, que trouxe a permutação do modelo hospitalocêntrico para um modelo psiquiátrico comunitário, fundamentado nos serviços descentralizados e multiprofissionais, que preconizam o cuidado prioritariamente fora do hospital, sendo as unidades básicas de saúde os principais serviços a atuarem nessa mudança; entretanto, isso não se

verifica até o momento^{11,12}. Com o avanço de políticas, como a lei orgânica do SUS, e da luta antimanicomial, foram incluídos equipamentos como Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de forma a induzir a reorganização dos serviços, mudança de práticas e delineamento de uma rede de Saúde Mental¹¹.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca a importância das Redes de Atenção em Saúde (RAS) e o papel central da APS como cenário para o cuidado comunitário de saúde⁸. RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados por missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente coordenados pela APS de modo a ofertar atenção contínua e integral à população¹³. No contexto da Saúde Mental, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), cujos dispositivos incluem a ESF, os Caps e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)¹⁴. Este último foi criado com o objetivo de aumentar a resolubilidade da APS, além de ampliar sua abrangência e reforçar a capilaridade dos serviços. O apoio é característica central do Nasf, no qual as equipes de apoio matricial atuam como suporte técnico especializado e multidisciplinar para ampliar e qualificar as ações das equipes. São compostas por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e outros profissionais, de acordo com as demandas da comunidade^{3,14}. Reforça assim as possibilidades do território, considerando a corresponsabilidade dos diferentes atores na assistência, sendo os percursos dos usuários protagonizados pelos profissionais que trabalham na APS, Raps e Caps^{14,15}. Desse modo, a construção e consolidação da substituição ao modelo asilar ocorre pela formação de redes de cuidados comunitários. ESF e Caps são dispositivos de valor estratégico, fornecendo atendimento próximo às residências dos usuários. Ampliam o olhar acerca da saúde, desenvolvendo um modelo humanizado que exalta os direitos do cidadão em sofrimento psíquico¹². O engajamento das equipes de ESF no cotidiano comunitário facilita a vinculação e alternativas terapêuticas que não a internação¹⁶. Caps e APS devem estar integrados para garantir um atendimento mais resolutivo, sendo exemplos: estabelecimento de iniciativas conjuntas, educação permanente e apoio matricial¹⁶. No campo de investigação desta pesquisa, a Raps é composta por Caps I, vinte equipes de ESF e duas equipes de Nasf.

Usuários em sofrimento psíquico atraem o olhar dos profissionais com inúmeros estigmas e preconceitos que podem gerar barreiras de acesso. No contexto da APS, manejo e cuidados adequados quanto ao sofrimento psíquico são fundamentais. Atualmente, observa-se carência de ações em Saúde Mental. Quando, no município, há serviço que ofereça atendimento psicossocial, o recomendado é que haja ações conjuntas e articuladas, de acordo com os graus de complexidade exigidos pelas demandas; e, quando não há serviço disponível, recomenda-se a busca de capacitação das equipes de ESF, para que elas saibam lidar com esses usuários e suas angústias, uma vez que os profissionais podem experimentar sensação de insegurança^{17,18}.

Os profissionais de saúde buscam atuar de forma a resolver, ou até mesmo curar, os sintomas dos usuários; porém, no contexto de sofrimento psíquico, essa expectativa muitas vezes não é factível, podendo levar a sentimentos como impotência, autodepreciação e culpa. A dificuldade em lidar com esses sentimentos pode gerar distanciamento e resistência ao trabalho com saúde mental³. Logo, é necessário que os profissionais da APS adquiram aptidões que garantam o melhor uso das tecnologias

disponíveis e sua imediata aplicabilidade prática. Assim, esse estudo tem como objetivo conhecer a prática dos profissionais sobre a Saúde Mental na APS, contribuindo para o esclarecimento das dificuldades em suas rotinas e para melhorar a assistência aos usuários.

Método

Pesquisa de investigação de campo, exploratória e qualitativa, cujos dados utilizados constituem recorte da fase qualitativa da dissertação de mestrado profissional “A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Básica sobre a Saúde Mental”. O campo inicialmente investigado compreendeu as vinte equipes de ESF do município de Itumbiara, GO, Brasil, que atingem 80% de cobertura em população de aproximadamente cem mil habitantes.

A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019, sendo as entrevistas da fase qualitativa desenvolvidas por um questionário semiestruturado aplicado aos sujeitos participantes eleitos por amostragem de conveniência, constituída pelos profissionais das equipes de ESF que se dispuseram a participar da fase qualitativa entre os participantes da fase anterior da pesquisa e que estavam presentes nos momentos de comparecimento do pesquisador ao campo de pesquisa. Foram compreendidas as seguintes categorias profissionais: agentes comunitárias de saúde, técnica de enfermagem, enfermeira e recepcionista com vínculo empregatício no município ou Estado (efetivos e credenciados), além de cargos comissionados. Todas do gênero feminino, entre 35 e 55 anos de idade, com cinco a 13 anos de atuação em APS e nenhuma com capacitação específica em Saúde Mental. Ausência de participação da classe profissional médica merece destaque, pois nenhum médico se disponibilizou a participar da entrevista.

A entrevista apresentava cinco perguntas abertas que abordavam as dificuldades enfrentadas e a vivência dos profissionais na operacionalidade com pacientes de Saúde Mental. Foram realizadas seis entrevistas com duração entre trinta e sessenta minutos. Inicialmente, houve elaboração de atmosfera de segurança buscando respostas profundas e ativas. Os dados foram coletados por meio de gravador e transcritos sem alteração de conteúdo. Uma leitura inicial foi realizada a fim de perceber repetição de temas e saturação dos discursos, sendo o total de entrevistas considerado satisfatório para elucidar o fenômeno estudado.

Após transcrição e revisão, os dados foram analisados conforme técnica de análise de conteúdo de Bardin, que possui por propósito a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo expresso pela comunicação, sendo realizada com auxílio do *software* Iramuteq (do francês, Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Para organização, foi optada pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com realização de análise lexicográfica do *corpus* textual com agrupamentos de vocábulos em função da frequência, sendo selecionados apenas substantivos, verbos e adjetivos para que a análise fosse clara^{19,20}. Estando os dados organizados e categorizados em classes, foi realizada análise pelo pesquisador, buscando compreender os significados e percepções do contexto estudado, proporcionando interpretação fundamentada e contextualizada.

Assim, realizou-se três etapas: preparação do *corpus* textual (pré-análise), constituição das análises (exploração do material) e interpretação dos dados (tratamento/interpretação dos resultados)^{19,20}.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, sendo as entrevistas realizadas após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A partir do *corpus* geral constituído dos textos das entrevistas, o conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes: Classe 1 – Dificuldades da ESF em lidar com a saúde mental, Classe 2 – Cotidiano dos profissionais, Classe 3 – Possibilidades terapêuticas/Modelo médico-centrado e Classe 4 – Importância dos medicamentos.

Classe 1 – Dificuldade da ESF em lidar com a Saúde Mental

A classe 1 mostrou a dificuldade da equipe de ESF em lidar com a Saúde Mental em seu território. O contato entre os profissionais, os pacientes e os familiares tem sido restrito e, muitas vezes, não compartilhado por toda a equipe, sugerindo dificuldade de a equipe lidar com os usuários de modo a estabelecer o vínculo.

Tenho um pouco de dificuldade com Saúde Mental, porque a gente não tem muito contato direto com essas pessoas. Temos um contato meio restrito, porque o contato maior é com o médico mesmo. Sou agente de saúde. (Simone)

Percebe-se que, muitas vezes, os membros da equipe não possuem clareza acerca de suas atribuições sobre como lidar com a demanda em Saúde Mental, condicionando o cuidado apenas ao médico, abstendo-se. Evidenciou-se dificuldade no estabelecimento de vínculo com a comunidade. Embora tenham consciência da necessidade de atuar na Saúde Mental, expressaram dificuldade por não se sentirem capacitados a lidar com essa demanda. Ou seja, os trabalhadores percebem que não atuam com programas ou processos de trabalho específicos para a saúde mental, mesmo compreendendo a importância para seu território.

Eu não tenho essa preparação. Não tenho essa qualificação, sempre conversamos sobre Saúde Mental. É até simbólica e triste a estatística, mas nossa área tem muito até em tom de brincadeira que é a “área dos doidos”. (Maria)

Dependendo da receita pra trocar, então você não tem aquele grupo igual a você ter o grupo de gestantes e de hipertensos. Então de Saúde Mental falta isso aqui até pra gente estar identificando. (Joana)



Gestantes e hipertensos são grupos bem estabelecidos pelas Unidades de Saúde, tendo processos precisos; já a Saúde Mental não apresenta tal aspecto. O processo de trabalho com os pacientes em sofrimento psíquico não mostrou protocolos ou formas já estruturadas. A equipe se mostrava sem ferramentas para tal e ainda demonstrou receio de que os pacientes fossem agressivos ao contato. As representações sociais criadas historicamente e pautadas no distanciamento e no medo podem ser evidenciadas a seguir:

A gente tem essas dificuldades, agressividade é um complicador. O G. não tinha essa dificuldade, O E. já tem e o J. também não tinha, ele andava nas ruas. Não me sinto preparada, acho que é uma área bem complicada. (Ângela)

A gente não tem assim sobre Saúde Mental, a gente fica assim com receio sobre o que vai encontrar. Se for pra gente ir trabalhar e a gente saber o que a gente vai encontrar. (Simone)

Eu tinha pessoas que tinham surto mesmo que a gente não podia ficar sozinha com eles. (Leila)

O diálogo é sempre com a família pra falar a verdade. [...] a gente faz o que pode. O E. não tinha como entrar na casa dele porque se ele surtar, ele agride. (Maria)

Apesar de a representação social em vigor ser construída no medo, os trabalhadores conseguem atuar, em alguns momentos, com olhar ampliado, não taxando simplesmente determinado fenômeno de transtorno mental.

Hoje está de um jeito, amanhã de outro e será que vamos só taxar de doente mental e por trás da história. (Virgínia)

Classe 2 – Cotidiano dos profissionais

A classe 2 representou as ações que os profissionais realizam diariamente na ESF: “ver”, “falar”, “entender”, “passar”, “explicar” e “perguntar”, especialmente por meio das “visitas”, compreendendo as relações de contato entre os sujeitos – “doutor” e “senhor” – na abordagem da “saúde” “mental”.

Percebem-se as possibilidades de atuação vislumbradas pelos profissionais da ESF, especialmente dos agentes comunitários de saúde, que atuam nas visitas domiciliares, e inclui a sensibilidade do olhar, da comunicação e da busca do entendimento das realidades cotidianas do usuário para compreensão de estratégias de cuidado.

Especialmente quando estou só eu, chego e relato todas as coisas. Não só a Saúde Mental, às vezes, grávida de risco, pessoas que moram em barracos que são maltratados.... tudo eu repasso, relato mesmo. (Joana)



Esses dois de Saúde Mental que eu tive, assim, mais experiência como meu trabalho eu me sinto satisfeita sim, porque eu faço as orientações, pergunto o que está precisando, pergunto tudo referente ao meu serviço. (Simone)

Notaram-se barreiras no estabelecimento de laço efetivo de comunicação, nas quais os profissionais mostraram dificuldade no contato direto com usuários com necessidades relativas à saúde mental, sendo tal contato muitas vezes limitado aos familiares.

Com relação à senhora, eu me senti culpada, porque eu fazendo uma visita pra uma pessoa que não está totalmente bem sozinha, eu falei com a doutora que eu tenho até medo, porque vai que some alguma coisa. (Ângela)

“Senhora, o talãozinho da senhora está aqui”, aí ela disse: “Coloca pra mim na caixa”, aí eu vi que ela já não entendeu, aí eu falei: “Não posso pegar esse talão da senhora”. (Simone)

Porque como ela vai entender, se eu disser “Olha, dona, a senhora tem diabetes, lá vai ter o Hiperdia”. Se tiver alguém na casa, aí sim. (Leila)

Aí, eu disse que não, que lá era uma unidade de saúde, mas que lá próximo vendia. Pensei que ela tinha confundido o endereço, eu expliquei. Aí como ela estava só, era a primeira vez que eu tinha visto ela, sobre o entendimento do que eu falo. (Maria)

Em outros trechos, os profissionais revelaram barreiras por considerarem que não possuem conhecimento suficiente para oferecer tratamento adequado, desencadeando o imediato encaminhamento ao serviço de referência. Assim, não são avaliadas outras possibilidades no âmbito da Raps que não seja o modelo focado no médico ou em medicamentos.

Porque a gente vê o que pode ser feito e muitas vezes passamos pra frente e não temos retorno. Não tenho qualificação específica que me autorize e me habilite a tratá-lo. A habilitação seria o conhecimento. (Virgínia)

Se eu tiver alguma dúvida, vou à enfermeira, converso com ela, aí geralmente a gente sempre encaminha a pessoa para a referência ou então pede a pessoa pra poder consultar com a doutora. (Maria)



Classe 3 – Possibilidades terapêuticas/Modelo médico-centrado

A classe 3 destacou as possibilidades de acompanhamento e tratamento identificadas pelos profissionais da equipe de ESF, sendo enunciadas dificuldades e possibilidades de lidar com demandas relativas ao conhecimento dos recursos terapêuticos disponíveis no município.

Pode-se compreender que a ESF possui processos de trabalho estabelecidos quanto à identificação e quantificação dos usuários que fazem uso de medicamentos psicotrópicos, como a anotação do nome dos usuários e dos medicamentos psicotrópicos que usam. Porém, tais ações são interpretadas como desconectadas do cuidado, uma vez que não trazem à tona questões relevantes do usuário para garantia da integralidade.

A minha maior dificuldade é a paciente estar só. A filha dela me passa a medicação de controle que ela toma. (Leila)

Pedi a ela pra marcar uma hora para eu poder visitar e pegar as medicações que ela toma, aí ela tinha no celular. Eu já copieei, porque ela estava com pressa, e ela me passou do lado de fora mesmo, mas é essa a dificuldade que eu tenho. (Ângela)

Então, a dificuldade de identificar se é um surto ou uma situação passageira. Não é porque eu tomo Rivotril ou Diazepam que eu sou um desequilibrado. Posso até não tomar nenhum remédio e ficar desequilibrado também. (Joana)

Nas entrevistas, uma profissional comentou acerca da possibilidade do paciente não fazer acompanhamento por não estar presente na unidade, não percebendo que o seguimento independe de o usuário frequentar a Unidade de Saúde ou passar por consultas médicas naquele ambiente.

Aí, na segunda vez, eu já passei e quem estava era a filha. Aí, já peguei os nomes das medicações que ela toma e expliquei novamente a rotina do posto de saúde. Ela não fazia acompanhamento, nem tinha vindo aqui ainda. (Simone)

Outro aspecto refere-se à percepção da equipe de ESF quanto às necessidades e sentimentos dos usuários de Saúde Mental. Os profissionais são capazes de perceber sinais, como impaciência e irritabilidade, e tentam adotar atitudes frente à demanda. Porém, quando o usuário apresenta necessidade que não é rotineira, como o surgimento de dor, o estigma impede o profissional de efetivar a integralidade no cuidado.

Aqui, na recepção, fazemos o possível pra tratar os pacientes bem. Já entendemos o que os pacientes querem. Conhecemos todos da área. Às vezes, chega um que sabemos que não tem paciência de esperar, já pegamos a receita. Até a doutora mesmo já conhece. (Leila)



Eu achando que ele queria só a receita. Ele queria passar por consulta médica nesse dia. Ele ficou agitado porque eu não soube como lidar. O próprio pai não soube lidar com o filho, ele estava com dor. (Joana)

De modo geral, a ESF tem se restringido à renovação de receitas, sem vislumbrar outras possibilidades de lidar com os desafios apresentados no seguimento de usuários de Saúde Mental.

Questão até da própria aceitação. Aí, acaba que ficamos um pouco distantes desses pacientes e você também não tem aquele acesso à pessoa. Ela às vezes vem pra pegar receita. (Maria)

Mas quando você joga pro lado de que vou te ajudar, você vai fazer um acompanhamento agora com o profissional tal, ela já fala dessa profissional, ou seja, ela conhece todas as medicações. (Virgínia)

Embora atendimento psicológico pela apoiadora do Nasf esteja disponível, o recurso não é plenamente utilizado, pois o atendimento prestado é realizado apenas de forma individual e, ocasionalmente, quando a equipe solicita o serviço. O recurso de apoio matricial e atividades grupais singulares à demanda da comunidade não são executados no contexto investigado, tornando a articulação da Raps deficitária.

Também a psicóloga vem do Nasf. Ela vem toda quarta-feira à tarde e fica, até aqui, no consultório do dentista. [...] A gente comunica a população que tem a psicóloga e se a pessoa quiser ela pode vir consultar. (Maria)

Aí, associa o tratamento psicológico com a medicação. Às vezes, a pessoa não toma a medicação e faz o atendimento só psicológico. Da minha área, não tem nenhum que faz acompanhamento com a psicóloga. (Leila)

Os profissionais percebem que o acompanhamento idealmente deveria ser realizado pela ESF, o que não acontece. Os usuários permanecem muito tempo na unidade de referência em Saúde Mental do município, sem acompanhamento pela ESF. A concentração do atendimento no Caps é um impeditivo da circulação do paciente na Raps, apesar de existirem os serviços indicados para lidar com a demanda na comunidade – dois NASF e vinte equipes de ESF.

Não tem acompanhamento direto no território, não. Só fica sabendo pelos familiares. Acompanhar diretamente assim, não. Tem alguns relatos dos familiares, mas diretamente assim, não. Tenho alguma dificuldade por conta que a gente não tem muito conhecimento. (Simone)



Então, você tem que tratar a crise, o paciente saiu da crise, ele vai embora, está de alta. Aí ele teria que ter aquele acompanhamento. Seria na atenção básica, então assim tem essa falha um pouco. (Joana)

Há dificuldade de acesso ao paciente. Por vezes, os pacientes não chegam até aqui. [...] Tem o tratamento lá, às vezes, vem aqui rotineiramente a cada três ou seis meses. (Leila)

Os profissionais ressaltaram a importância do cuidado do hospital na Saúde Mental, além de muitas vezes não identificarem seus papéis e se retirarem do cuidado. É evidenciada ainda a herança cultural de unidades hospitalares. No contexto investigado, o Caps funciona em um antigo hospital psiquiátrico, atualmente em transição para o modelo psicossocial.

Eu me sinto preparada porque pela questão que eu tenho de longa data com relação até, no próprio hospital, de lidar com vários tipos de pessoas. Assim, você tem aquele carinho diferenciado, que são pessoas que realmente precisam de atenção, e a gente busca fazer isso: dar atenção. (Ângela)

Teria que implantar essa rotina, teria que ter esse tipo de cuidado aí. Porque, no hospital, você está ali pra fazer o que: os cuidados, prestar o atendimento emergencial a aquele paciente que já está em crise. (Leila)

Classe 4 – A importância dos medicamentos

A classe 4 destacou a importância que é dada ao tratamento medicamentoso, as barreiras na aceitação dos tratamentos propostos e a dificuldade de a equipe lidar com episódios de crises, recorrendo frequentemente ao cuidado hospitalar.

A importância dada ao tratamento medicamentoso foi destacada pelos profissionais. Alternativas de enfrentamento às crises não têm sido consideradas, mesmo dispondo de equipe multidisciplinar. Há dificuldade em lidar com situações de conflito, não sendo visualizadas outras possibilidades que não seja medicações e o cuidado médico. Ao mesmo tempo, reconhecem a importância de melhorar a capacitação.

Eu creio que precisa de mais preparo, mais conhecimentos e mais técnicas de como lidar com o problema de imediato, porque uma pessoa medicada é fácil para você cuidar. Uma pessoa que não está medicada, que está surtada, já é mais difícil. (Maria)

Agora tem pouco tempo que descobri que ele está medicado, mas a vida inteira estávamos tentando com a família que ele fosse medicado. Ele ficava na rua. (Virgínia)



Os casos mais complicados geralmente são pela família, igual o J. Agora, ele está medicado, mas a vida inteira ele teve uma depressão [...] e foi ficando na rua. Ele rasgou os documentos. (Maria)

Ela não aceitava tomar a medicação e, além disso, ela era deficiente física. Então, era aquela complicação. Ela também tentou fazer o tratamento com a psicóloga que vem aqui na unidade. (Joana)

Porque a gente vê pessoas que estão em crise, você dá um sossega-leão nelas e pra saber o que faz depois. (Leila)

Outro fato que chamou atenção é a dificuldade de espaços e momentos para discussões, prejudicando a elaboração conjunta do projeto terapêutico singular e a pactuação com usuários acerca do processo de cuidado pela APS, além de não possibilitar trabalhar representações sociais de medo e agressividade que os profissionais projetam sobre os pacientes.

Quando ela morreu, a situação ficou mais difícil, numa tentativa foi para o hospital e de lá ele saiu controlado. Nunca teve espaço pra discutir na equipe sobre Saúde Mental, não teve espaço específico sobre isso, pra reunir. (Simone)

Discussão

A análise das entrevistas evidenciou os profissionais sentindo-se incapacitados em lidar com demandas de Saúde Mental, apresentando receio no contato com os usuários. Deixam claro que não atuam com processos de trabalho específicos para a Saúde Mental e não conseguem definir como deve ser o acompanhamento e a interlocução entre os serviços de saúde. Referem que sentem dificuldade em lidar com a demanda, conhecem seus deveres, porém, não conseguem aplicá-los. Assim, a intersetorialidade e a integralidade são um desafio, uma vez que o trabalho em Saúde Mental envolve a quebra de paradigmas históricos. Superação da visão manicomial não ocorre de forma imediata e envolve comprometimento, capacitação e compreensão de que o cidadão não deve ser privado de seu convívio social apenas por possuir transtorno mental. Os transtornos mentais comuns compõem demanda cotidiana na ESF, sendo importante que a APS esteja apta a responder às principais demandas da comunidade²¹⁻²⁵.

Quanto à melhoria do acesso do usuário com demanda relacionada à saúde mental, a posição estratégica das equipes de ESF, por sua proximidade com o usuário na comunidade, proporciona uma leitura mais ampla da situação, ampliando possibilidades para diagnóstico e tratamento e possibilitando ação mais rápida e efetiva nos cuidados^{1,24,25}. Estudo colaborativo mostrou a importância da APS na identificação de transtornos mentais, uma vez que sua prevalência foi alta nos 15 países estudados²⁶.

Oportunizar o cuidado não implica somente na identificação e oferta do tratamento, mas também na adequação do serviço às necessidades da população²⁴. O acesso não abrange qualquer uso do serviço, mas um uso qualificado, de acordo com a demanda e executado de forma correta e com recursos corretos^{24,27}. Os profissionais de APS necessitam de capacitações para identificar e cuidar de usuários com necessidades em saúde mental, justificando a priorização de iniciativas para qualificação de profissionais no cuidado dessas pessoas no contexto da APS. Na maioria das ocasiões, as ações não exigem atividades além daquelas que já são realizadas pelas equipes de ESF. Ademais, como o atendimento ocorre na casa dos usuários e de sua rede de apoio, viabiliza-se a abordagem familiar e comunitária^{1,3,24}.

O cuidado é mais eficaz quando existe longitudinalidade com vínculo duradouro e prática centrada na pessoa, e não na doença, uma vez que a saúde mental não está dissociada da saúde geral^{24,28}. Um elemento a ser considerado para alcance da longitudinalidade é a equipe se sentir segura para atender à demanda dos usuários. As entrevistas expressaram incômodo quanto à prática dos profissionais, evidenciando dificuldades no contato com pacientes e familiares em sofrimento psíquico, além das incertezas vivenciadas e dificuldade de aceitação das Unidades de Saúde por parte dos pacientes, reforçando o sentimento de que a saúde mental é dissociada da saúde como um todo e de que a APS possui baixo potencial para tratamento de necessidades de saúde mental, aspecto que é comum a outros estudos^{29,30}. Estudo brasileiro que incluiu 29.778 equipes de ESF (87,1% das equipes brasileiras) mostrou que 60,3% dos entrevistados se sentiam despreparados para atuar em Saúde Mental²⁹. Outro estudo com equipes de ESF na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, mostrou resultados semelhantes com trabalhadores expressando sensação de despreparo, além de baixa percepção de potencial terapêutico do cuidado na APS para transtornos mentais³⁰. Ao contrário dessa percepção, profissionais da APS, ao passarem por programas educativos, podem ofertar cuidados com resultados semelhantes, senão melhores, do que níveis especializados no reconhecimento e acompanhamento de transtornos mentais, especialmente por possibilitar tratamento concomitante de outras doenças, favorecendo a longitudinalidade e a integralidade na assistência à saúde e garantindo que o acompanhamento não ocorra separadamente de outras condições de saúde^{1,3,24}. Ressalta-se que, no estudo realizado com equipes de ESF brasileiras, realização de ações educativas e de promoção de saúde em Saúde Mental apresentou pouco mais de um terço de respostas afirmativas, o que mostra baixa incorporação dessas atividades na rotina dos serviços³⁰. Esses achados reforçam a necessidade de melhorias nos processos de Educação Permanente, especialmente quanto à construção de sistemas integrais no âmbito do próprio serviço, superando as dificuldades implantadas e qualificando o cuidado^{31,32}.

A integralidade é composta por quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de acesso aos três níveis de complexidade; articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral^{33,34}. É um dos principais princípios do SUS, que se opõe à fragmentação da oferta de cuidado, e busca romper com a polaridade entre as ações de prevenção e curativas da saúde, estando associada à integração de serviços da Raps com reorientação das práticas e tendo como linha ordenadora a APS, especialmente, as equipes de ESF^{35,36}.

Apesar dos avanços obtidos, faz-se necessário superar obstáculos da interação entre o Caps e a ESF, melhorando a comunicação entre os profissionais e capacitando para potencializar a ampliação da Raps³⁷.

Em relação à Saúde Mental, para consecução da integralidade, os profissionais da APS devem desenvolver competências para lidar com usuários em sofrimento psíquico, assim como receber apoio de profissionais com maior experiência no assunto quando necessitar³⁸. Para assumir a responsabilidade com o cuidado em Saúde Mental, a equipe de ESF necessita ter condições de trabalho adequadas, incluindo locais para discussões de casos, integração eficiente com a rede de saúde e a Raps; efetivando a coordenação do cuidado pela APS com articulação harmoniosa entre diferentes serviços e profissionais; destacando o apoio matricial, que tem por objetivo otimizar a comunicação entre os diferentes pontos de atenção; potencializando a troca de conhecimento; e qualificando a equipe, ampliando sua resolutividade³⁹⁻⁴¹.

Considerações finais

O estudo elucidou questões da percepção e da prática vivenciada por profissionais relativas ao cuidado em Saúde Mental na APS. Pode-se perceber que os profissionais demonstraram saber o que devem fazer e possuem capacidade de perceber a necessidade de atuar em aspectos relativos à saúde mental em sua comunidade, porém, não compreendem como ofertar e realizar acompanhamento. Assim, foi possível identificar algumas das principais dificuldades vivenciadas por eles, como sensação de incapacidade em lidar com demandas de saúde mental e receio no contato com o usuário, além de não atuarem com processos de trabalho específicos para a Saúde Mental e não saberem definir como deve ser o acompanhamento e a interlocução entre os serviços de saúde pertencentes à Raps. Atenção especial deve ser dada a retrocessos nas mudanças publicadas em janeiro de 2020 referente à extinção do Nasf⁴². Apesar de os profissionais ainda estarem aprendendo como operacionalizá-lo, por ser este um dispositivo recente, tal fato não justifica sua extinção. Essa conduta pode comprometer a assistência à saúde, agravando as lacunas na assistência, e atentar contra a existência do SUS.

Transtornos mentais comuns representam demanda cotidiana na ESF, o que justifica priorizar ações de melhora do cuidado de pessoas com sofrimento psíquico na APS. Oportunizar esse cuidado não implica somente em identificar e iniciar o tratamento de usuários, mas também capacitar os profissionais. Assim, a Educação Permanente tem papel fundamental, sendo alternativa importante para a mudança da realidade por meio da aprendizagem significativa. Expansão de espaços para discussões de casos, investimento em matriciamento e profissionais matriciadores, alteração de processos de trabalho com afeto e locais de expressão são aspectos fundamentais no que concerne à melhoria do cuidado em Saúde Mental. É relevante que tais medidas garantam a manutenção dos ganhos obtidos com a luta dos movimentos sociais, da consolidação do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Lionis C, Svab I, Cohen A, Sartorius N. Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Ment Health Fam Med*. 2008; 5(2):67-9.
2. World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Geneva: Who; 2002 [citado 10 Jul 2019]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 10 Jul 2019]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
4. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: Who; 2017.
5. Nasi C, Cardoso ASF, Schneider JF, Olschowsky A, Wetzel C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *REME Rev Min Enferm*. 2009; 13(1):147-52.
6. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Rev Eletronica Enferm*. 2008; 10(3):784-95.
7. Cohn A. Reforma Sanitária Brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(7):1614-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 10 Jul 2019]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
9. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saude Debate*. 2016; 40(108):204-18.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários. *Diário Oficial da União*. 22 Out 2011.
11. Cavalcanti MTA. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(9):1962-3.
12. Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev SPAGESP*. 2011; 12(1):66-78.



13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-305.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 10 Jul 2019]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
15. Costa A, Silveira M, Vianna P, Silva-Kurimoto T. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev Port Enferm Saude Mental*. 2012; (7):46-53.
16. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(4):391-5.
17. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(8):2511-21.
18. Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. *Rev Electronica Enferm*. 2003; 5(2):71-7.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013; 21(2):513-8.
21. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med*. 1998; 4(11):1241-3.
22. Värnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9(3):760-71.
23. Silva PAS, Rocha SV, Santos LB, Santos CA, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(2):639-46.
24. Starfield B. *Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
25. Carvalho BR, Ferreira JBB, Fausto MCR, Forster AC. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. *Cad Saude Colet*. 2009; 26(4):462-9.
26. Ustun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley; 1995.
27. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(2):190-8.
28. Weiss J, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health*. 1996; 86(12):1742-7.
29. Gerbaldo TB, Arruda AT, Horta BL, Garnelo L. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica a saúde do Brasil. *Trab Educ Saude*. 2018; 16(3):1079-94.
30. Prata NISS, Groisman D, Martins DA, Rabello ET, Mota FS, Jorge MA, et al. Saúde Mental e Atenção Básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trab Educ Saude*. 2017; 15(1):33-53.
31. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão de literatura. *Cienc Saude Colet*. 2013; 21(5):1499-510.



32. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2):287-95
33. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(5):1417-23.
34. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saude Debate.* 2002; 26(60):37-61.
35. Hartz ZMA, Contandriopoulos A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(2):331-6.
36. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(1):181-90.
37. Nóbrega MP, Bertolazzi G, Silva F, Sena ACR. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental [Internet]. In: *Atas do 5o Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2016)*; 2016; Porto, Portugal. Porto: *Atas - Investigação Qualitativa em Educação*; 2016 [citado 10 Mai 2020]. v. 2, p. 41-9. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/735/722>
38. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate.* 2018; 42(1):18-37.
39. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(2):399-407.
40. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc Saude Colet.* 2009; 14(1):129-38.
41. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MADC, Santos AF, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad Saude Publica.* 2018; 34(2):e00201515.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, de 28 de Janeiro de 2020. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 10 Fev 2020]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>



It is essential to understand the existing hindrances in Primary Healthcare regarding Mental Health in order to improve services. The objective of this study was to get to know the practice and perception of professionals about Mental Health in Primary Healthcare to help understand the perceived difficulties. It was a qualitative transversal study conducted with Family Health Strategy professionals in the Brazilian city of Itumbiara, state of Goiás, through a semistructured survey, which was analyzed using Bardin's content analysis. The following barriers were identified: inability to deal with Mental Health demands, hesitance to contact users, lack of specific work processes, and non-understanding of how to conduct follow-up and interlocution among health services in order to guarantee a comprehensive care. The main hindrance is in how to do it, requiring effective Permanent Education interventions.

Keywords: Mental health. Primary Healthcare. Comprehensive care.

La aclaración de los obstáculos en la asistencia de la Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud (APS) es fundamental para la mejora de los servicios. El objetivo del estudio fue conocer la percepción y la práctica de los profesionales sobre la Salud Mental en la APS para contribuir a la aclaración de las dificultades percibidas. Estudio transversal cualitativo de profesionales de los equipos de Estrategia de Salud de la Familia de Itumbiara, Estado de Goiás, Brasil, por medio de cuestionario semiestructurado, realizándose análisis de contenido conforme técnica de Bardin. Se identificaron barreras tales como incapacidad de enfrentar demandas de Salud Mental, recelo en el contacto con el usuario, falta de procesos de trabajo específico para la Salud Mental y falta de comprensión de cómo realizar el acompañamiento y la interlocución entre los servicios de salud para asegurar la integralidad. El obstáculo principal consiste en cómo hacerlo, necesitando intervenciones efectivas de Educación Permanente.

Palabras clave: Salud Mental. Atención Primaria de la Salud. Integralidad en salud.

Submetido em 16/09/19.
Aprovado em 06/07/20.

Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família

Burnout syndrome and associated factors among Family Health Strategy professionals (abstract: p. 15)

Síndrome de Burnout y factores asociados en profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (resumen: p. 15)


Henrique Cisne Tomaz^(a)

<henrique_cisne@hotmail.com> 

Fábio Solon Tajra^(b)

<fstajra@hotmail.com> 

Andrea Conceição Gomes Lima^(c)

<andreaclima@hotmail.com> 

Marize Melo dos Santos^(d)

<marizesantos@ufpi.edu.br> 

^(a) Pós-graduado do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Mestrado), Universidade Federal do Piauí (UFPI). *Campus* Ministro Reis Velloso, Avenida São Sebastião, 2819, Setor 2, Bloco 3, Pavimento 2, Ala Leste. Parnaíba, PI, Brasil. 64202-020.

^(b) Mestrado Profissional em Saúde da Família, UFPI. Parnaíba, PI, Brasil.

^(c) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

^(d) Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, UFPI. Teresina, PI, Brasil.

Este trabalho objetiva analisar presença de *burnout* e fatores relacionados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo de delineamento transversal analítico, realizado entre fevereiro e abril de 2019. A amostra contou com 94 profissionais. Foi utilizado formulário com variáveis sociodemográficas, Escala Modo Enfrentamento de Problemas, Escala de Resiliência e Oldenburg Burnout Inventory. Intervalo de confiança de 95% foi calculado para cada variável. Em relação ao perfil de profissionais, a maioria deles eram mulheres, com média de 40,9 anos, 12 anos de trabalho na Atenção Básica e que atuavam no serviço público. A prevalência de *burnout* foi de 38,3%; sendo 59,6 % para exaustão e 47,9% para distanciamento. Os resultados mostram elevados níveis de *burnout*, moderada pontuação nos fatores que compõem a resiliência e baixa eficiência no uso de estratégias de combate aos estressores.

Palavras-chave: Esgotamento psicológico. Estratégia Saúde da Família. Saúde do Trabalhador. Estudos transversais.

Introdução

A Síndrome de Burnout, conhecida como Síndrome de Esgotamento Profissional, é caracterizada por esgotamento psicológico, despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho¹. Essa síndrome é resultante da exposição do indivíduo a situações emocionalmente exigentes durante um longo período de tempo e tem apresentado elevada prevalência entre os profissionais de saúde nos últimos anos, sendo apontada como uma ameaça potencial à qualidade dos cuidados e à segurança do paciente¹.

Os problemas de saúde mental e outros distúrbios relacionados ao estresse são reconhecidos como uma das principais causas de aposentadoria precoce, altos índices de absenteísmo, comprometimento geral da saúde e baixa produtividade organizacional. De fato, o *burnout* pode contribuir para piorar o desempenho no trabalho; aumentar o absenteísmo e a rotatividade de empregos; diminuir a produtividade; e ter um efeito negativo sobre os colegas de trabalho².

A síndrome pode provocar elevados custos diretos, que incluem dispêndio com vacância, perda de produtividade, recrutamento e administração e custos de treinamento de novos funcionários; e indiretos, que englobam a instabilidade da força de trabalho, a redução da produtividade, o aumento do estresse e do risco de desenvolver *burnout* entre os funcionários remanescentes e a redução do comprometimento com o trabalho³.

Apesar do esforço para expandir os estudos sobre o tema no mundo, apenas nos últimos anos, começou-se a estudá-la no Brasil⁴⁻⁶. Estudos que apresentam o *burnout* como objeto ainda são escassos no país, especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, objetiva-se analisar a presença de componentes da Síndrome de Burnout e fatores relacionados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. Vale mencionar que este modelo assistencial à saúde propõe reduzir a distância entre as equipes de saúde e a população. Isso exige diferentes habilidades dos trabalhadores, considerando que estão em contato diário com a realidade de comunidades que, em geral, estão vulneráveis em múltiplos aspectos, exigindo diferentes recursos e enfrentamentos dos profissionais da ponta.

Métodos

Realizou-se estudo transversal analítico⁷ com profissionais de saúde das 25 equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Piripiri, Piauí, entre os meses de fevereiro a abril de 2019.

A composição da amostra se deu por conveniência e contou com 94 participantes. A amostra foi estratificada de forma proporcional e composta por 22 profissionais de nível superior (cinco médicos, nove odontólogos e oito enfermeiros), 52 de nível médio (cinco técnicos de enfermagem, dois técnicos em saúde bucal e 45 agentes comunitários de saúde) e vinte de nível fundamental (12 auxiliares de enfermagem e oito auxiliares em saúde bucal).

Inicialmente, foi realizado o contato (pessoalmente ou por telefone) com a administração para confirmação dos horários habituais de atividade em cada Unidade de Saúde e agendamento de possíveis datas para comparecimento do pesquisador de formação médica ao local de contato com os profissionais. Em seguida, foi organizado um cronograma, conforme horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde do município.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário contendo variáveis sociodemográficas, econômicas e profissionais. Foi utilizada a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas⁸, para mensurar estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos; a Escala de Resiliência⁹, adaptada transculturalmente para o português do Brasil, para medir os níveis psicossociais de adaptação positiva em resposta a eventos de vida relevantes; e, o Oldenburg Burnout Inventory¹⁰, para avaliar o problema em qualquer categoria profissional.

Os dados foram processados no *software* IBM® SPSS®, versão 23.0, sendo calculadas estatísticas descritivas (médias; desvio padrão; mínimos e máximos, para variáveis quantitativas; e frequências, para qualitativas). Na análise inferencial, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados e teste de Levene para a homogeneidade das variâncias. Foram utilizados testes t independente de Student e de Kruskal-Wallis, com realização do pós-teste de Tukey, para as variáveis independentes qualitativas; e Teste de correlação de Pearson, para as variáveis independentes quantitativas, quando analisados os escores do Olbi (medida quantitativa). Quando categorizada, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson para verificação de associações. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%.

Para as análises dos resultados da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas e da Escala de Resiliência, foi utilizado o programa estatístico Stata versão 12. Foram estimados médias e intervalo de confiança 95% (IC 95%) para os fatores de cada escala. Foi testada também a normalidade das escalas a partir do teste de Shapiro-Wilk. Foi aplicado o teste de Mann-Whitney para testar a diferença de médias das escalas segundo sexo, presença de curso de graduação e faixa etária (menos de 40 anos e a partir de 40 anos).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (UFPI) sob o número 3.169.529.

Resultados

Os profissionais apresentaram média (\pm desvio padrão) de idade de 40,9 (\pm 9,6) anos, variando de 23 a 64 anos, predominando o sexo feminino (84,0%; n = 79), com atuação principal em serviço público de saúde (91,5%; n = 86) e média de 12,2 (\pm 6,2) anos de trabalho na Atenção Básica. A prevalência da síndrome foi de 38,3% (n = 36), sendo que 21,3% (n = 20) profissionais foram classificados com esgotamento e 9,6% (n = 9), com distanciamento do trabalho. As frequências de altos níveis nos componentes foram de 59,6% (n = 56) para exaustão e 47,9% (n = 45) para distanciamento.

Quando relacionadas as características sociodemográficas, conforme a presença de *burnout* nos profissionais da Atenção Básica (38,3%), verifica-se que a maioria é do sexo feminino (39,2%), com companheiro (38,3%), com filhos (44,4%); não pratica atividade física (44,4%), sem *hobby* (46,9%), relata apoio familiar (38,9%), renda individual acima

de dois salários mínimos (51,6%) e familiar também acima desse valor (44,6%). Dos profissionais da amostra com diagnóstico de *burnout*, 41,7% afirmam estarem insatisfeitos com a renda mensal.

A distribuição de frequências das características de trabalho, conforme presença de *burnout*, mostra que, daqueles com a síndrome, 50% tem nível superior, 36%, nível médio e 30%, fundamental. O tempo de formação médio é de 12,1 anos (7,6%); 53,3% tem maior titulação o ensino médio, 29, curso profissionalizante, 22,2% tem graduação e 50%, pós-graduação. 45,8% possui especialização em Saúde da Família, com atuação predominante no sistema público e privado (62,5%); desempenha atividade acadêmica (40%); média de trabalho na Atenção Básica de 11,5 anos (6,2%); e média de atendimento de 15,4 pacientes por dia, sem regime de plantão (39,3%).

Quando verificada a associação entre as características socioeconômicas e de trabalho com o nível de exaustão e distanciamento dos profissionais da Atenção Básica, no primeiro caso (59,6% de exaustão) predomina o alto risco para a categoria profissional o nível médio (69,2%), seguido do superior (59,1%) e fundamental (35%), respectivamente. Ao descrever alto risco de distanciamento (47,9%), 62,5% dos profissionais relatam não ter *hobby*, 55,4% apresentam renda familiar acima de dois salários mínimos e 58,3% não estão satisfeitos com a renda mensal.

No que diz respeito às estratégias de enfrentamento empregadas, os resultados mostram escore médio de 150, sendo os maiores escores (60,23) no domínio “focalizados no problema”, seguido daqueles com estratégias de enfrentamento “focalizadas na emoção” (49,96), profissionais que utilizam “práticas religiosas/pensamento fantasioso” (22,3) e estratégias de “busca de suporte social” (19,21). Maiores escores indicam melhor enfrentamento de problemas.

Os itens referentes à dimensão de estratégias “focalizadas no problema” descrevem características cognitivas comportamentais que expressam aproximação ao estressor, direcionadas ao manejo ou solução deste; as “focalizadas na emoção” englobam comportamentos de esquiva ou negação, expressões de emoções negativas e irrealistas direcionadas a soluções mágicas do problema e culpa e/ou transferência de culpa para terceiros; as de “práticas religiosas/pensamento fantasioso” abordam pensamentos e atitudes relacionados ao manejo do estressor por meio da fé, da esperança ou pensamento fantasioso; e as de “busca de suporte social” referem-se à busca conjunta (outras pessoas ou grupos) de suporte instrumental, emocional ou de caráter informativo.

Neste estudo, apesar do enfrentamento focalizado no problema e na emoção ser a principal estratégia usada no combate aos problemas, observa-se prevalência da Síndrome de Burnout em 38,3% dos profissionais, além do fato de que 21,3% foram classificados com esgotamento e 9,6%, com distanciamento do trabalho.

A Escala Modos de Enfrentamento de Problema apresenta média de 150, com variação entre 109 e 200. A Escala de Resiliência variou entre 96 e 167, com uma média de 140, o que evidencia que os profissionais da ESF obtiveram pontuação moderada nos fatores que compõem a resiliência.

Conforme descrito pelos autores originais da escala, Silva *et al*⁹ citam que um valor abaixo de 121 é considerado indicativo de reduzida resiliência; entre 121 e 145, resiliência moderada; e acima de 145, resiliência moderada-elevada a resiliência elevada. Maiores valores indicam maior resiliência.

Discussão

Uma síntese dos resultados indica a prevalência de *burnout* em um contingente expressivo da amostra, com componentes da síndrome (exaustão e distanciamento), estando a maioria do grupo com alto risco de adoecimento. Além do elevado índice de profissionais já com síndrome, há que se destacar a presença de esgotamento, indicando que altos resultados nesse domínio apontam grande chance de a síndrome se instalar. Isso demonstra sinal de alerta para a necessidade de uma ação interventiva, considerando a importância da prevenção no combate aos fatores deflagradores da síndrome, o que envolve todo um estudo quanto às condições de trabalho a que esses profissionais estão submetidos, no esforço de buscar mecanismos que auxiliem no enfrentamento de problemas relacionados ao trabalho.

Ao comparar níveis de *burnout* entre enfermeiros da Atenção Básica no município de Piracicaba, SP, Lodi e colaboradores¹¹ encontraram resultados similares ao de nosso estudo, com predomínio do sexo feminino entre os participantes. Segundo esses autores, o fato de a mulher desenvolver múltiplas tarefas, além de ser mais dedicada e afetuosa, quando comparada com o gênero masculino, pode também estar associado à presença do esgotamento emocional no aparecimento da síndrome.

O resultado com relação ao sexo segue a tendência de outros estudos nacionais^{12,13} e internacionais¹⁴⁻¹⁶ que apontam as mulheres com maior exaustão emocional, menor despersonalização e maior sentimento de realização profissional.

Todavia, não há consenso na literatura quanto à ligação entre Síndrome de Burnout e sexo. Do mesmo modo, também não encontramos associação entre *burnout* e a categoria profissional. Resultado semelhante foi descrito por Trindade e Lautert¹⁷. Esse dado pode indicar que a síndrome pode estar mais associada com as atribuições que são exercidas no cargo do que com a formação profissional.

Lodi e colaboradores⁷ descrevem, ainda, que houve o predomínio de profissionais experientes, o que também foi percebido nesta pesquisa. Contudo, discordaram de estudos em que a síndrome é observada entre profissionais jovens, ou seja, com idade inferior a 30 anos e sem experiência¹⁸⁻²⁰.

A Síndrome de Burnout, muitas vezes, é atribuída aos profissionais mais jovens pela reduzida experiência no trabalho, acarretando insegurança, assim como pode ser consequência do choque com a realidade, já que esses novos profissionais percebem que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e expectativas. A idealização, comum entre os trabalhadores mais jovens, associa-se a expectativas elevadas, que muitas vezes não são concretizadas. Logo, a excessiva motivação, contraditoriamente, torna os indivíduos mais vulneráveis¹⁷.

Profissionais com mais tempo de profissão, provavelmente, já desenvolveram um conjunto de habilidades para adaptarem-se a circunstâncias adversas, também chamadas de estratégias de *coping* , o que lhes permitem lidar melhor com as situações estressantes. Além disso, aqueles com maior tempo de carreira geralmente têm menor carga horária semanal, trabalham mais em tarefas administrativas e gerenciais e dedicam-se menos ao atendimento direto de pacientes, o que poderia contribuir para os menores níveis de *burnout* .

No entanto, os resultados encontrados no nosso estudo apontam que os grupos com diferentes tempos de profissão não diferiram significativamente quanto ao *burnout* , contradizendo, portanto, essa premissa. Todavia, apesar da média de idade (40,9 anos) apontar para um tempo de profissão razoável, a média da carga horária trabalhada semanalmente encontra-se elevada.

Acredita-se que, possivelmente, a insatisfação com os salários e a precarização das relações trabalhistas têm levado os profissionais com mais tempo de profissão a jornadas mais longas e a diversos vínculos empregatícios. Quanto aos mais jovens, muitas vezes, as oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho exigem jornadas longas, extenuantes física e mentalmente, especialmente quando desenvolvem atividades em cargos acumuláveis. Essas condições desfavoráveis restringem atividades fora do trabalho, sejam elas sociais, culturais, de lazer ou desportivas.

Vale lembrar que a Estratégia Saúde da Família requer a disponibilidade de carga horária diária de até oito horas. Nesse sentido, faz-se necessário comentar a respeito do percentual de profissionais que trabalha em outro local (10,6%), em plantão fora da Atenção Básica, na maioria das vezes nos turnos da noite, gerando sobrecarga e aumento do estresse ocupacional.

Em estudo com profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Maceió (AL), apesar de o estresse vivenciado pelos profissionais ser perceptível, não houve confirmação da existência de *burnout* , embora apontasse para um nível elevado de ocorrências em situação de exaustão emocional e de sujeitos que apresentam despersonalização, mecanificando suas ações²¹.

A abordagem acerca da vulnerabilidade ao estresse e diagnóstico de *burnout* aponta para questões relativas à observação da importância da escolha adequada do instrumento de pesquisa. A presença de *burnout* pode variar de acordo com a definição/metodologia adotada²². A existência de diversas escalas para identificação da síndrome e de indicações de pontos de corte dificulta a comparação.

Todavia, embora os resultados possam variar, é consenso na literatura que a percepção dos trabalhadores sobre o trabalho é de fundamental importância para o aparecimento do *burnout* . Ressalte-se que o nível de satisfação é uma avaliação essencialmente subjetiva e tem relação direta com a representação que os próprios trabalhadores têm sobre a importância do seu trabalho²³. Um elevado índice de síndrome de *burnout* é refletido em elevadas pontuações nas escalas referentes a esgotamento emocional e baixas pontuações nas referentes a realização pessoal. No entanto, pontuações médias em todas as escalas já são um indicativo da presença da doença²⁴.

O presente estudo, que registra elevado índice de exaustão e distanciamento, corrobora os dados encontrados por Albuquerque²⁵, evidenciando que, embora os profissionais tenham certa estabilidade financeira proporcionada pelo emprego público, encontram-se adoecidos em função do trabalho. Uma das possíveis justificativas pode estar relacionada a falta e/ou dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados; e falta de integração e de apoio dos gestores para o desenvolvimento profissional da equipe, o que pode estar interferindo negativamente no processo de trabalho em equipe e dificultando a cogestão do trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família.

Quanto à associação entre a variável ter filhos e *burnout*, a literatura não apresenta consenso²⁶⁻²⁸. Algumas investigações entendem que a paternidade gera pressão devido à carga que passa a assumir, enquanto outras referem que o fato de ter filhos equilibra o indivíduo e possibilita o uso de melhores estratégias de enfrentamento das situações problemáticas. Esse comportamento é atribuído à maior cobrança do indivíduo que, com o nascimento dos filhos, torna-se responsável por outro e, dessa forma, necessita adotar condutas seguras e evitar comportamentos de risco.

Neste estudo, o fato de ter filhos (74,5%) ou ter companheiro (64,9%) não teve associação estatística com a síndrome. Igualmente, a média dos anos de escolaridade entre os trabalhadores não apresentou associação com as escalas. No entanto, alguns pesquisadores²⁸ descrevem que os indivíduos com maior escolaridade tendem a apresentar escores mais elevados nas dimensões “desgaste emocional” e “despersonalização” e mais baixos em “realização pessoal no trabalho”, o que pode estar relacionado à falta de reconhecimento e *status* de algumas profissões.

Ao analisar a prática de atividade física realizada pelos profissionais do estudo, observou-se que, contraditoriamente, os trabalhadores de saúde, que conhecem os inúmeros benefícios da atividade física regular, não a desenvolvem (42,6%). Cabe destacar que a realização de atividades que produzem momentos de descontração e prazer podem absorver o impacto de agentes estressores. A redução dos níveis de estresse, bem como o aumento de bem-estar físico e psicológico, são alguns dos resultados benéficos da prática correta e programada de exercícios físicos.

O exercício da atividade laboral na área de saúde requer boa saúde física e mental²⁹. Entretanto, por vezes, os profissionais não recebem apoio necessário para desempenhar seu papel diante das rotinas impostas pelo trabalho.

Pode-se compreender que o profissional adoce quando se vê desprovido de forças e de estratégias para conseguir enfrentar as adversidades³⁰. A área da saúde expõe o profissional a situações desgastantes, pois, além de lidar com o sofrimento e a morte, trabalham, normalmente, em condições longe de ideais, o que se depreende que elevada carga de esgotamento e exaustão esteja presente na sua rotina.

A perspectiva cognitiva considera que as estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas, usadas e adaptadas a cada situação, tratando-se de um fenômeno dinâmico e que permite à pessoa mudar suas ações e seus pensamentos diante de situações estressantes³¹.

A Escala Modo de Enfrentamento de Problemas mede estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos⁸. Tomando como problema a diversidade das respostas

ao estresse, sugere que o processo de enfrentamento pode ser compreendido a partir de aspectos mais globais, procurando estabelecer modelos teóricos concebidos que possam indicar a forma pela qual o indivíduo está respondendo à demanda estressora.

Na estratégia de enfrentamento focalizada no problema, a pessoa se engaja no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio. São, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento. Inclui também itens que envolvem esforços ativos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o de modo positivo. É um esforço no sentido de encontrar soluções práticas, como a confecção de um plano de ação ou do próximo passo a seguir.

O enfrentamento focalizado na emoção tem como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, podendo representar atitudes de afastamento em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva. Além disso, agrupa itens de culpa e culpabilização de outros e inclui itens referentes a reações emocionais negativas, como raiva ou tensão.

A dimensão de práticas religiosas/pensamento fantasioso representa pensamentos e comportamentos que possam auxiliar no enfrentamento do problema, permeados por sentimentos de esperança e fé. Por sua vez, estratégias de busca de suporte social representam itens que têm como significado a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação como estratégia de enfrentamento da situação causadora do estresse.

Essas estratégias não são necessariamente excludentes. Diferentes formas de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação estressora. A avaliação que o indivíduo faz daquela situação em si é subjetiva e o seu significado está de acordo com a individualidade, naquele momento e contexto. O que é fonte de estresse para um pode não ser para outro, assim como, ao mudar o contexto, pode haver mudanças na percepção da mesma situação, pela mesma pessoa.

A escolha sobre qual estratégia de enfrentamento utilizar decorre da avaliação que se faz da situação estressante. Para as consideradas passíveis de modificação, há maior tendência para o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, sendo as focalizadas na emoção mais utilizadas ao lidar com situações avaliadas como inalteráveis. Entretanto, é importante destacar que se trata de processo dinâmico, em que tipos de estratégias se complementam e podem ser usadas durante todo o evento estressante; sendo que a reavaliação da situação possibilita uma escolha mais coerente para cada momento. Uma forma de enfrentamento pode atuar facilitando a outra.

Resultado similar ao deste estudo foi realizado por Telles³², que empreendeu pesquisa intitulada “Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento”, cujos resultados mostraram tratar-se de uma amostra predominantemente do sexo feminino (93,75%), com filhos (68,75%), na faixa etária entre vinte e trinta anos (35%) e com companheiro fixo (60%). A renda *per capita* de 38,75% é de menos de um salário mínimo, sendo que 53,04% estão neste trabalho há mais de seis anos. Também mostra que os profissionais têm vida sedentária, visto que 66,25% não praticam atividade física com frequência. O modo de enfrentamento mais utilizado

consiste nas estratégias focalizadas no problema, seguido pela busca de práticas religiosas/pensamento fantástico. Perceberam-se indícios de sofrimento relacionados ao trabalho característico do *burnout*, com o empenho em buscar mecanismos que auxiliem no enfrentamento de problemas relacionados ao exercício profissional.

Calderero, Miasso e Corradi-Webste³³, em pesquisa com os enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento de um município paulista, constataram o uso de três formas de enfrentamento das tensões laborais: evitamento, confronto direto e confronto indireto. No primeiro caso, procuram ignorar os estressores, adiar os confrontos e/ou bloquear as emoções. No segundo, buscam informações, falam sobre o assunto e negociam alternativas. No terceiro caso, o enfrentamento ocorre, principalmente, por meio de práticas religiosas, desportivas e de meditação.

Em pesquisa realizada por Chamon e colaboradores³⁴, observou-se que as estratégias mais utilizadas foram controle (focalização ativa no problema), apoio social (cooperação, ajuda à informação e apoio afetivo) e recusa (ignorar o problema ou a situação). Quanto aos índices de *burnout*, 13,5% dos sujeitos apresentaram níveis elevados e 53,1%, níveis moderados, sugerindo que talvez tais estratégias não estejam sendo eficazes no combate aos estressores laborais.

Silva e colaboradores³⁵ consideram, em geral, dois tipos de estratégias de enfrentamento: as focadas no problema e as focadas na emoção. Teixeira e colaboradores³⁶ reforçam que a estratégia deve estar determinada em parte por recursos internos e externos, os quais incluem saúde, crenças, habilidades sociais e recursos materiais.

É consenso na literatura que o processo de exaustão surge naqueles que não conseguem superar as adversidades vivenciadas, tornando-se vulneráveis ao *burnout*. Também não há controvérsia no fato de que os indivíduos capazes de superar as adversidades de forma saudável estão expressando comportamentos resilientes. Assim, supõe-se que, sem desconsiderar a influência dos aspectos ambientais, mas com foco nos aspectos pessoais, a elevada resiliência é protetora para o *burnout*.

Um dos primeiros autores a abordar o conceito foi Frederic Flach, que, ainda em 1966, afirmou que, para ser resiliente, a pessoa deverá ter a habilidade de reconhecer a dor pela qual está passando, perceber o sentido que ela tem e tolerá-la durante um tempo até que seja capaz de resolver o conflito de forma construtiva. Afirma que esse é um processo dinâmico e as influências do ambiente e do indivíduo relacionam-se de maneira recíproca, fazendo o indivíduo identificar qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto, podendo ser essa atitude resiliente ou não³⁷.

Este dado é importante, pois profissionais que apresentam altos níveis de resiliência são mais propensos a melhorar a qualidade de vida, indicando prováveis bons resultados no desenvolvimento de estratégias de intervenção. Como citam Mota e colaboradores³⁸, apresentam mais capacidade de prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, inclusive saindo dessas situações fortalecido ou até mesmo transformado, embora não ileso. A resiliência envolve fatores de proteção e fatores de risco.

Vários autores³⁹⁻⁴² alertam que os fatores de risco não são uma sentença. Os fatores de proteção reduzem o impacto dos fatores de risco, diminuindo, assim, as reações negativas em exposição à situação de risco, criando oportunidades para reverter os efeitos do estresse.

Silva e colaboradores³⁵, ao verificarem a relação entre resiliência e *burnout* em enfermeiros, mostram elevada pontuação nos fatores que compõem a resiliência e na realização pessoal e menores pontuações na exaustão emocional e despersonalização. Profissionais que pontuaram mais na dimensão “realização pessoal” apresentaram maior pontuação na escala. Nesse mesmo estudo, foi possível encontrar uma correlação negativa entre a resiliência e as dimensões exaustão emocional e despersonalização, mas positiva em relação à realização pessoal. Concluíram que a resiliência é uma variável envolvida na redução da vulnerabilidade à exaustão emocional e que elevada pontuação da resiliência associa-se à redução do estresse, sendo um fator de proteção contra o *burnout*.

Belancieri e Kahhale⁴³ sugerem que trabalhadores que apresentam comportamentos resilientes ao buscar equilíbrio emocional e conhecerem a si próprios preparam-se técnica e cientificamente de acordo com as demandas laborais; antecedem as dificuldades; constroem novos sentidos e ações; e elaboram estratégias de enfrentamento diante das dificuldades cotidianas a que estão submetidos.

Para Alves⁴⁴, há necessidade de ações dentro dos espaços de trabalho que sejam voltadas a saúde do trabalhador, com sugestões de atividades físicas para melhora do desempenho de funções, orientações nutricionais e o apoio psicológico direcionado ao preparo emocional frente às possíveis situações conflituosas para encontrar soluções que revertam esses fatores.

Sabendo da relevância que tem o estresse na vida dos profissionais de saúde e o efeito negativo que este proporciona, Silva e Barros⁴⁵ ressaltam a importância de serem desenvolvidas medidas de enfrentamento com o objetivo de diminuir os problemas existentes no trabalho; minimizar dificuldades; dar apoio aos trabalhadores; proporcionar melhores condições de vida dentro e fora do ambiente de trabalho; e, assim, melhorar a assistência prestada ao paciente.

De modo geral, os estudos mostram que cada indivíduo busca, por meio das estratégias de enfrentamento, lidar, controlar ou adaptar-se aos eventos estressores. Porém, quando essas estratégias se mostram insuficientes, o indivíduo pode, progressivamente, sofrer um processo de erosão de suas capacidades motivacionais, sentir-se exaurido de suas forças psíquicas e perder a habilidade para solucionar conflitos internos e externos.

Conclusão

Os resultados da pesquisa revelam níveis de *burnout* em um contingente expressivo de profissionais, moderada pontuação nos fatores que compõem a resiliência e baixa eficiência no uso de estratégias de combate aos estressores. Além da Síndrome de Burnout instalada, destacou-se como fator ameaçador sintomas de esgotamento, exaustão e distanciamento do trabalho, que surgem e se intensificam quando os trabalhadores não conseguem elaborar formas eficazes de combater os fatores de estresse, o que parece ocorrer na amostra.

O modo de enfrentamento mais expressivo foi focalização no problema, seguido, nesta ordem, por práticas religiosas/pensamento fantasioso, busca por suporte social e focalização na emoção, sem diferença estatística significativa para a maioria dos fatores analisados. Em relação à resiliência, os fatores independência, determinação, autoconfiança e capacidade de adaptação a situações apresentaram escores mais elevados, indicativos de moderado grau de resiliência.

Nesse cenário, é importante que sejam desenvolvidas ações preventivas, de forma a minimizar riscos e promover um ambiente, relações um fluxo de trabalho cada vez mais saudáveis. Associado a isso, devem ser criadas medidas que controlem os níveis de estresse dos profissionais, por meio da detecção precoce de fatores estressores e da busca de estratégias para enfrentamento do quadro, favorecendo assim a qualidade de vida dos profissionais e, conseqüentemente, a assistência prestada à população por eles atendida.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).





Referências

1. Molero Jurado MDM, Pérez-Fuentes MDC, Gázquez Linares JJ, Barragán Martín AB. Burnout in health professionals according to their self-esteem, social support and empathy profile. *Front Psychol.* 2018; 9:424.
2. Georganta K, Panagopoulou E, Montgomery A. Talking behind their backs: negative gossip and burnout in hospitals. *Burn Res.* 2014; 1(2):76-81.
3. Carod-Artal FJ, Vázquez-Cabrera C. Burnout syndrome in an international setting. In: Bährer-Kohler S, editor. *Burnout for experts: prevention in the context of living and working.* New York: Springer Science; 2013. p. 15-35.
4. Prosdócimo ACG, Lucina LB, Marcia O, Jobs PMJ, Schio NA, Baldanzi FF, et al. Prevalência da síndrome de burnout em pacientes hospitalizados com síndrome coronariana aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2015; 104(3):218-25.
5. Almeida GC, Souza HR, Almeida PC, Almeida BC, Almeida GH. The prevalence of burnout syndrome in medical students. *Arch Clin Psychiatry.* 2016; 43(1):6-10.
6. Tironi MOS, Teles JMM, Barros DS, Vieira DFVB, Silva Filho CM, Martins Júnior DF, et al. Prevalence of burnout syndrome in intensivists in five Brazilian capitals. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016; 28(3):270-7.
7. Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
8. Gimenes MGG. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psicopatologia. In: Gimenes MGG, Fávero MH, organizadores. *A mulher e o câncer.* Campinas: Editorial Psy; 1997. p. 111-47.
9. Lopes VR, Martins MCF. Validação fatorial da escala de resiliência de connor-davidson (CD-RISC-10) para brasileiros. *Rev Psicol Organ Trab.* 2011; 11(2):36-50.
10. Schuster MS, Dias VV. Oldenburg Burnout Inventory - validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2018; 23(2):553-62.
11. Lodi JC, Milagres CS, Cainelli EC, Horibe TM. Comparação de níveis de burnout entre enfermeiros da atenção básica no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Pensar Acad.* 2016; 14(1):1-13.
12. Carlotto MS. Síndrome de burnout e gênero em docentes de instituições particulares de ensino. *Rev Psicol Univ Contestado.* 2003;1(1)15-23.
13. Mallar SC, Capitão CG. Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *Psico-USF.* 2004; 9(1):19-29.
14. Burke RJ, Greenglass ER, Schwarzer R. Predicting teacher Burnout over time: effects of work stress, social support and self-doubts on burnout and its consequences. *Anxiety Stress Coping.* 1996; 9(3):261-75.
15. Gomes R, Silva M, Mourisco S, Silva S, Mota A, Montenegro N. Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stress, "Burnout", saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Rev Port Educ.* 2006; 19(1):67-93.
16. Vercambre MN, Brosselin P, Gilbert F, Nerrière E, Kovess-Masféty V. Individual and contextual covariates of Burnout: a cross-sectional nationwide study of French teachers. *BMC Public Health.* 2009; 10(9):333.
17. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):274-9.



18. Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(3):1-8.
19. Carlotto MS, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*. 2008; 39(2):152-8.
20. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52:397-422.
21. Soares INL, Souza LCG, Castro AFL, Alves CFO. Análise do estresse ocupacional e da síndrome de Burnout em profissionais da estratégia saúde da família no município de Maceió (AL). *Rev Semente*. 2011; 6(6):84-98.
22. Porciuncula AM. Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
23. Ferreira N, Lucca SR. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(1):68-79.
24. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol Estud*. 2002; 7(1):3-10.
25. Albuquerque FJB, Melo CF, Neto JLA. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol Reflex Crit*. 2012; 25(3):542-9.
26. Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
27. Carlotto MS. Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional. Canoas: ULBRA; 2011.
28. Beltrán CA. Factores psicosociales y síndrome de Burnout em médicos de familia. *An Fac Med (Perú)*. 2005; 66(3):225-31.
29. Gouvêa PB, Haddad MCL, Rossaneis MA. Manifestações psicossomáticas associadas à síndrome de Burnout referidas por trabalhadores da saúde. *Saude (Santa Maria)*. 2014; 40(1):45-52.
30. Dorta A, Tanji J, Souza JR, Neves S, Damico V, Moreno BS. Trabalho e saúde: reflexões sobre as estratégias de enfrentamento do trabalhador. *Omnia Saude*. 2012; 9(2):28-44.
31. Guido L. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
32. Telles H. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de enfrentamento [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
33. Calderere ARL, Miaso AI, Corradi-Webster CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Rev Eletronica Enferm*. 2008; 10(1):51-62.
34. Chamon EMGO, Marinho RC, Oliveira AL. Estresse ocupacional, estratégias de enfrentamento e síndrome de Burnout: um estudo com a equipe de enfermagem de um hospital privado do Estado de São Paulo. Brasília: ANPAD; 2016.
35. Silva RP, Barbosa SC, Silva SS, Patrício DF. Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. *Arq Bras Psicol*. 2015; 67(1):130-45.
36. Teixeira E, Ruella MA, Nazare M, Ximendes R, Lara FV, Matozinhos FP. Avaliação do nível de estresse do enfermeiro no ambiente de trabalho. *Nova Rev Cientif*. 2013; 2(2):1-14.



37. Angst R. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicol Argum.* 2009; 27(58):253-60.
38. Mota CM, Dosea GS, Nunes PS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(12):4719-26.
39. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicol Teor Pesqui.* 2004; 20(2):135-43.
40. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol Estud.* 2005; 10(2):209-16.
41. Yunes MAM, Garcia NM, Albuquerque BM. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicol Reflex Crit.* 2007; 20(3):444-53.
42. Libório RMC, Ungar M. Resiliência oculta: a construção social do conceito e suas implicações para práticas profissionais junto a adolescentes em situação de risco. *Psicol Reflex Crit.* 2010; 23(3):476-84.
43. Belancieri MF, Kahhale EM. A saúde do cuidador: possibilidades de promoção de resiliência em enfermeiros. *REME Rev Min Enferm.* 2011; 15(1):121-8.
44. Alves EF. Qualidade de vida do cuidador de enfermagem e sua relação com o cuidar. *Rev Bras Promoç Saude.* 2013; 26(1):36-44.
45. Silva M, Barros B. Percepção de estresse de servidores na Atenção Básica de Saúde de Dourados-MS. *Saude Redes.* 2015; 1(4):35-52.



This article aims to analyze the presence of burnout and related factors among Family Health Strategy professionals. A cross-sectional analytical study was carried out between February and April 2019, with a sample composed of 94 professionals. A form with sociodemographic variables was used, as well as the Scale of Ways of Coping with Problems (EMEP), the Resilience Scale and the Oldenburg Burnout Inventory. A 95% confidence interval was calculated to each variable. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí under number 3.169.529. The profile was of professionals, the majority of whom were women, with average age of 40.9 years, 12 years of work in Primary Care, public service. Burnout prevalence was 38.3%; 59.6% for exhaustion and 47.9% for distancing. The results show high levels of burnout, a moderate score in the factors that compose resilience and low efficiency in the use of strategies to combat stressors.

Keywords: Psychological exhaustion. Family Health Strategy. Workers Health. Cross-sectional studies.

El objetivo de este trabajo es analizar la presencia de Burnout y factores relacionados en profesionales de la Estrategia Salud de la Familia. Estudio de delineamiento transversal analítico, realizado entre febrero y abril de 2019. La muestra contó con 94 profesionales. Se utilizó un formulario con variables sociodemográficas, Escala Mode Enfrentamiento de Problemas, Escala de Resiliencia y Oldenburg Burnout Inventory. Se calculó un intervalo de confianza del 95% para cada variable. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal del Estado de Piauí bajo el número 3.169.529. Perfil de profesionales, mayoría de mujeres con promedio de 40,9 años, 12 años de trabajo en la Atención Básica, servicio público. La prevalencia de Burnout fue del 38,3%; siendo el 59,6 % para agotamiento y el 47,9% para distanciamiento. Los resultados muestran elevados niveles de Burnout, puntaje moderado en los factores que componen la resiliencia y baja eficiencia en el uso de estrategias de combate a los factores de estrés.

Palabras clave: Agotamiento psicológico. Estrategia Salud de la Familia. Salud del Trabajador. Estudios transversales.

Submetido em 13/09/19.
Aprovado em 28/06/20.

Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de médicos de Família e Comunidade?

How are factors as scope of professional practices, education and title of Family and Community doctors related? (abstract: p. 16)

¿Cómo se relacionan el alcance de prácticas profesionales, la formación y la titulación de médicos de Familia y Comunidad? (resumen: p. 16)

Roberto Ribeiro Maranhão^(a)

<pesquisadoroberto@gmail.com> 

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto^(b)

<ivana.barreto@fiocruz.br> 

Luiz Odorico Monteiro de Andrade^(c)

<odorico.andrade@fiocruz.br> 

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer^(d)

<anya.vieira@fiocruz.br> 

Antônio Leonel de Lima Júnior^(e)

<antleonel@hotmail.com> 

^(a, e) Estratégia Saúde da Família, Prefeitura de Fortaleza. Rua São José, 1, Centro. Fortaleza, CE, Brasil. 60060-170.

^(b, c, d) Fundação Oswaldo Cruz. Eusébio, CE, Brasil.

O objetivo desta pesquisa foi analisar o escopo de prática dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza-Ceará e suas relações com a formação e titulação em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Foi realizado um estudo transversal de abril a novembro de 2018, aplicando-se formulário semiestruturado para 263 médicos, contendo 38 atribuições entre ações, atividades e procedimentos da Medicina. Destacou-se uma maior abrangência dos escopos entre médicos com formação no exterior e com formação específica em MFC, sendo a dupla qualificação da residência médica com a titulação fator de maior impacto. Os médicos declaram saber fazer um número de atividades, ações e procedimentos superior ao que de fato realizam.

Palavras-chave: Escopo de prática. Estratégia Saúde da Família. Recursos humanos. Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade.

Introdução

As políticas públicas de saúde no Brasil historicamente têm sido renovadas e repensadas com intuito de aprimorar os processos de atenção e cuidado à população; contudo, o subfinanciamento crônico e a complexidade da gestão interfederativa do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros fatores, impedem a concretização de seus princípios¹. Dentro de uma análise do mais recente projeto de grande impacto na saúde pública brasileira – Programa Mais Médicos (PMM)^{2,3} – Pinto e colaboradores trazem que, antes da implementação do projeto, a cobertura da ESF no Brasil vinha aumentando na ordem de apenas 1,5% ao ano⁴. Essa análise traz um cenário numérico preocupante, uma vez que a carência na cobertura traz inúmeras dificuldades para que se constitua qualquer tipo de cuidado nos moldes da Atenção Primária à Saúde (APS)⁵. Contudo, há também que se considerar como o trabalho dos profissionais é feito e se atende às demandas da sociedade e da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)^{6,7}, o que pode ser verificado por meio de estratégias de avaliação e incentivos, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁸. Entretanto, o PMAQ-AB enfoca o trabalho da equipe, sendo o escopo de práticas específico de cada categoria profissional outra dimensão importante a avaliar.

O escopo de prática é “o conjunto de atividades, funções e ações que um profissional pode exercer com segurança, segundo sua formação, treinamento e competência profissional”, conforme referem Girardi *et al.*⁹ (p. 2740). Esse conceito aponta uma dimensão importante para a operacionalização da APS⁹. Em artigo de Newton¹⁰, expressa-se o que se deve considerar com relação ao escopo da prática dos médicos de família: saber exatamente o que fazem e como isso varia de acordo com a região e com as características do médico, como a faixa etária e o sexo. No Brasil, Vilaça chama a atenção para a necessidade de ampliar o escopo de práticas na APS para garantir atenção adequada às condições crônicas¹¹.

Para pensar sobre escopo de prática, é preciso entender a dimensão do contexto da MFC no que tange à sua formação. No Brasil, a MFC representa um título de especialista que apenas pode ser conferido ao profissional médico que tenha se submetido à prova de títulos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), ou que tenha passado por processo formativo de residência médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)¹². Esse modelo de especialização em Medicina de Família também está presente em outros países¹³. Além disso, há que se destacar a residência médica em MFC como mecanismo de formação mais adequado para atuação dos profissionais na ESF¹⁴⁻¹⁶ e com potencial para ampliação do escopo de práticas do médico atuante na APS.

A fim de resgatar a premissa que incumbe à APS a resolução de 80% dos problemas de saúde da população¹⁷, há que se propor novos avanços na forma de atuação representada pela ESF. É fato que houve uma estagnação da cobertura da ESF provocada pelas limitações na fixação de profissionais médicos e pela própria escassez destes^{4,18-20}. Há, contudo, que se pensar na qualidade da assistência prestada de acordo com as capacidades de atuação de cada categoria componente da APS. É nesse âmbito que se insere a discussão do escopo de prática⁹.

Existe uma relação direta entre a qualidade dos serviços de saúde, desde o aspecto da saúde pública até o atendimento médico-paciente, e o escopo de prática dos médicos que atuam na APS^{9,13-16}. Essa relação pode ainda não estar bem caracterizada, uma vez que os estudos nesse tema ainda são recentes e, considerando o cenário brasileiro, escassos.

Estudos que visem analisar o escopo de práticas de profissionais da saúde podem, portanto, trazer opções para diversos campos das políticas públicas. O presente estudo tem por objetivo analisar o escopo de prática dos médicos atuantes na ESF da cidade de Fortaleza, no Ceará, e suas relações com a formação e titulação em MFC.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo transversal²¹ sobre o escopo de práticas profissionais de médicos da ESF do município de Fortaleza, realizado por meio da aplicação de um formulário semiestruturado, de abril a novembro de 2018. Fortaleza é a quinta capital do país e a segunda no Nordeste em número de habitantes²². No ano de 2018, apresentava uma cobertura populacional estimada de equipes de Saúde da Família inferior a 50%, segundo dados do Ministério da Saúde²³, e uma razão de 0,16 médicos da ESF por mil habitantes, de acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMSF) e pelo Censo de 2010²².

A população do estudo é composta pelos médicos da ESF de Fortaleza. O quantitativo de representação dessa população foi organizado por vínculo com a SMSF, a saber: 11 celetistas, 134 estatutários (concurso público), 224 do Programa Mais Médicos, 23 da residência médica e vinte no grupo de contratação temporária (Recibo por Pagamento Autônomo), totalizando 412 profissionais. Neste artigo, esses grupos serão chamados por suas abreviações, respectivamente: CLT, EST, PMM, RM e RPA. A figura 1 mostra de forma sintetizada como foi o fluxo da pesquisa desde o total populacional até o número final de profissionais entrevistados. É possível observar que os dois pesquisadores foram excluídos, visto que também eram entrevistadores (um do grupo EST e outro do PMM).

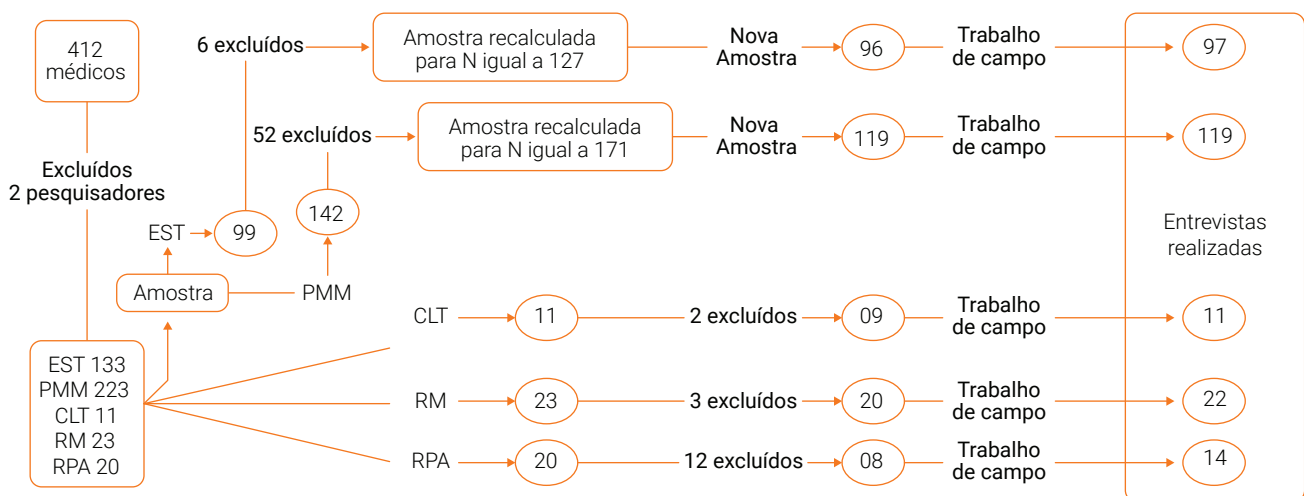


Figura 1. Fluxograma da pesquisa.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os autores definiram que os grupos minoritários seriam entrevistados em sua totalidade, o que incluiu os CLT, RM e RPA, e que os grupos com quantitativo maior de profissionais seriam entrevistados considerando-se um cálculo amostral.

A estratificação da amostra por forma de contratação se deu em razão de ser este o critério de classificação utilizado nas listagens obtidas da SMSF, representando regimes diferentes de trabalho. Há ainda referências que apontam possível associação entre escopo de práticas e formas de pagamento²⁴, mesmo não sendo este o enfoque deste artigo. O cálculo amostral para os estratos EST e PMM foi feito por meio da definição de amostra para populações finitas, sendo utilizados intervalo de confiança (IC) 95%, P = 50%, Q = 50% e erro amostral de 5%. Os profissionais que estavam afastados do trabalho no período da coleta de dados e os com menos de seis meses de atuação foram excluídos. O critério de seis meses foi definido como um mínimo necessário para que os profissionais pudessem ter condições de avaliar seu trabalho em relação à atuação no cenário da ESF.

O grupo definiu que a metodologia de abordagem aos profissionais seria pela visita às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, iniciando por aquelas em que estavam lotados os médicos dos grupos menores (RM, CLT e RPA). Para atingir a amostra calculada de profissionais, foi necessário a visita de 98 do total de 111 UAPS de Fortaleza.

O instrumento de pesquisa é composto por seis blocos de variáveis: I) Dados sociodemográficos, II) Práticas consideradas comuns aos profissionais da ESF, III) Práticas específicas do médico da ESF, IV) Caracterização do trabalho e situação empregatícia, V) Itinerário Formativo e VI) Colaboração interprofissional. Neste artigo, analisaram-se as variáveis sociodemográficas, as práticas específicas do médico e as relativas ao itinerário formativo.

Para investigação do escopo de práticas específicas dos médicos de família, utilizou-se como referência o estudo de Girardi *et al.*⁹, que, por sua vez, utilizou como fonte protocolos do Ministério da Saúde, consulta a especialistas e a literatura internacional. Das práticas relacionadas no estudo de Girardi *et al.*⁹, foram excluídas algumas, como atenção ao parto vaginal, que não se aplicavam ao contexto da rede de saúde de Fortaleza. Foram também adicionadas outras práticas propostas por preceptores da residência de MFC de Fortaleza, totalizando 38 ações e procedimentos.

Para cada prática proposta, também era indagado o nível de confiança em desempenhá-la (baixa, média ou alta) e a principal forma de aprendizado, na qual as opções eram: 1 – Sozinho, 2 – Com outro profissional de nível superior, 3 – Com outro profissional de nível médio/técnico (como agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem), 4 – Graduação, 5 – Curso de capacitação do seu trabalho, 6 – Curso de aperfeiçoamento, 7 – Especialização, 8 – Residência e 9 – Mestrado/doutorado.

Considerou-se formação em MFC a realização de residência médica na especialidade, em virtude de constituir-se na formação em serviço com supervisão por no mínimo dois anos, e ser considerada padrão ouro na formação médica^{12,13}. Considerou-se como titulação em MFC os médicos que foram aprovados em provas de título promovida

pela SBMFC¹². O mesmo critério foi utilizado para profissionais formados no Brasil e no exterior. No formulário, a mesma pergunta era feita para brasileiros e estrangeiros a respeito da residência médica em MFC e a titulação em MFC pela SBMFC.

Os dados foram tabulados no EpiData e analisados por meio do *software* SPSS versão 23. Para as variáveis qualitativas foram calculadas frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram resumidas por meio das estatísticas média, desvio padrão e quartis. A normalidade das variáveis quantitativas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A comparação do número de procedimentos realizados pelos profissionais e demais variáveis do estudo foi realizada por meio dos testes de Mann-Whitney quando a variável apresentou duas categorias e Kruskal-Wallis para mais de duas categorias. Para todos os procedimentos inferenciais, foi adotado um nível de significância de 5%.

As variáveis faixa etária, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF e tempo de atuação na equipe foram dicotomizadas segundo a mediana. Houve checagem da qualidade da digitação por revisão de 30% dos registros, selecionados por sorteio.

Os participantes foram convidados a participar de forma livre e voluntária a partir do método descrito da pesquisa. Foram garantidos todos os direitos aos participantes da pesquisa versados nas resoluções 466 de dezembro de 2012 e 510 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa, seus benefícios e potenciais danos por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

O projeto obteve anuência da SMSF e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Oswaldo Cruz por meio do parecer de número 1.159.936 de 2016.

Resultados

A maioria dos participantes era do sexo feminino (51,3%), com idade inferior a 39 anos (63,5%) e formada no Brasil (89,4%) há menos de dez anos (54,4%); e atuava na ESF por um tempo menor ou igual a seis anos (52,1%) e na mesma equipe por um tempo menor ou igual a dois anos (51,7%) (tabela 1).

Com relação à titulação e à formação após a graduação, 12,9% (34 participantes) possuíam exclusivamente título em MFC, enquanto outros 10,3% (27 participantes) possuíam exclusivamente a residência médica em MFC. Havia 9,5% (25 participantes) que possuíam ambas qualificações. A grande maioria (67,3%), portanto, não possuía uma qualificação específica na área de MFC.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, de formação e de tempo de trabalho de médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N = 263.

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	135	51.3
Masculino	128	48.7
Faixa etária		
De 24 a 29	46	17.5
De 30 a 39	121	46.0
De 40 a 49	59	22.4
De 50 a 59	24	9.1
60 ou mais	13	4.9
País de formação		
Brasil	235	89.4
Exterior	28	10.6
Tempo de formação (anos)		
De 0 a 5	106	40.3
De 6 a 10	37	14.1
De 11 a 15	39	14.8
De 16 a 20	30	11.4
De 21 a 25	22	8.4
26 ou mais	29	11.0
Título de especialista em MFC		
Sim	59	22.4
Não	204	77.6
Residência em MFC		
Sim	52	19,8
Não	211	80,2
Título de especialista ou residência em MFC		
Apenas título de especialista em MFC	34	12.9
Apenas residência em MFC	27	10.3
Título e residência em MFC	25	9.5
Não	177	67.3
Tempo de atuação na ESF		
Menor ou igual a seis anos	137	52.1
Mais de seis anos	126	47.9
Tempo de atuação na equipe		
Menor ou igual a dois anos	136	51.7
Mais de dois anos	127	48.3

Fonte: Elaboração própria a partir da análise de dados da pesquisa.



Todos os profissionais entrevistados (100%) afirmam realizar atendimentos de pessoas com hipertensão e diabetes, e a quase totalidade afirma realizar pré-natal (99,6%) e atendimento a idosos (99,6%). Há ainda mais 12 atribuições cuja frequência de resposta quanto à realização foi superior a 90% e um total de 26 com frequência acima de 50%. Há oito atividades que menos de 10% dos profissionais realizam, entre estas, remoção de lesões de pele (2,3% – apenas seis profissionais) e inserção de DIU (4,6%) – tabela 2.

Das atividades que os médicos declaram saber fazer, destacam-se três em que menos da metade teve frequência abaixo de 50%: acupuntura (10,6%), inserção de DIU (25,9%) e crioterapia para verruga genital (42,6%).

Tabela 2. Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica, realizados pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N = 263.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam		Sabem fazer	
	n	%	n	%
Hipertensão e diabetes (atendimento)	263	100.0	263	100.0
Pré-natal (atendimento)	262	99.6	263	100.0
Idosos (atendimento)	262	99.6	263	100.0
Micoses superficiais (tratamento)	260	98.9	263	100.0
Epigastralgia/úlcera péptica (tratamento)	257	97.7	262	99.6
Tuberculose (acompanhamento)	256	97.3	262	99.6
Lombalgias (tratamento)	256	97.3	261	99.2
Asma (tratamento)	256	97.3	263	100.0
Anemia (tratamento)	255	97.0	262	99.6
Crianças (atendimento)	254	96.6	262	99.6
IST1 (acompanhamento)	254	96.6	261	99.2
Infecção urinária recorrente (tratamento)	253	96.2	260	98.9
Sinusite recorrente (tratamento)	248	94.3	260	98.9
Saúde mental (acompanhamento)	244	92.8	254	96.6
Câncer de mama (atendimento)	237	90.1	261	99.2
Hanseníase (acompanhamento)	234	89.0	256	97.3
Pré-natal de alto risco (acompanhamento)	231	87.8	253	96.2
Saúde do homem – incluso diagnóstico precoce para câncer de próstata) (atendimento)	229	87.1	256	97.3
Recém-nascidos (atendimento)	220	83.7	259	98.5
Puericultura (atendimento)	216	82.1	258	98.1
Planejamento familiar (prescrição e atendimento)	210	79.8	253	96.2
Otoscopia (procedimento)	190	72.2	255	97.0
Puerpério (atendimento)	158	60.1	252	95.8
Cuidados paliativos (acompanhamento)	156	59.3	226	85.9
PVHIV/Aids2 (acompanhamento)	149	56.7	230	87.5
Obesidade (acompanhamento)	149	56.7	215	81.7
Exame ginecológico (atendimento/procedimento)	86	32.7	228	86.7
Remoção de cerume (procedimento)	77	29.3	199	75.7
Oftalmoscopia (procedimento)	70	26.6	193	73.4
Papanicolau (atendimento/procedimento)	30	11.4	226	85.9

Continua.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam		Sabem fazer	
	n	%	n	%
Incisão e drenagem de abscesso (procedimento)	20	7.6	224	85.2
Crioterapia ou terapia química para verruga genital (procedimento)	19	7.2	112	42.6
Inserção de cateter uretral (procedimento)	15	5.7	161	61.2
Suturas (procedimento)	14	5.3	252	95.8
Acupuntura (procedimento)	13	4.9	28	10.6
Inserção de DIU (atendimento/procedimento)	12	4.6	68	25.9
Inserção de sonda nasogástrica/lavagem gástrica (procedimento)	10	3.8	135	51.3
Remoção de lesões na pele (procedimento)	6	2.3	170	64.6

1. IST: Infecções sexualmente transmissíveis.

2. PVHIV/Aids: Pessoa vivendo com HIV/Aids.

Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos dados da pesquisa.

Dentro das atribuições (procedimentos, atividades e ações de saúde) específicas da profissão médica, a mediana de realização foi de 24, de um total de 38 listadas. O valor apresenta diferença significativa ($p < 0.001$) quando comparado à mediana das atribuições que os profissionais declaram saber fazer, que foi de 33.

Ao se analisar a forma como as características dos participantes se correlacionam com a realização das atribuições (tabela 3), o local de formação e suas características relacionadas exercem impacto estatisticamente significativo. Os médicos formados no exterior relataram fazer uma média de 25,5 atribuições, enquanto os formados no Brasil, uma média de 23,9, sendo o valor de $p = 0,012$. Ser formado no exterior e possuir formação especializada em MFC e título de especialista em MFC estão relacionados à realização de maior número de atribuições.

Com relação às atribuições que os profissionais declaram saber fazer, os médicos do sexo masculino declararam saber fazer maior número de atribuições ($p = 0,001$). As características relacionadas à formação não tiveram impacto significativo na realização de fato das atribuições.

Tabela 3. Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica, realizados pelos médicos da ESF, e de procedimentos, atividades e ações de saúde que os médicos sabem fazer, segundo características sociodemográficas, de formação e de tempo de trabalho de médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N = 263.

Características	n	Número de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos					
		Realizados			Que sabem fazer		
		Média ± DP	Mediana (1º - 3º Q)	Valor p	Média ± DP	Mediana (1º - 3º Q)	Valor p
Sexo				0.223 ¹			0.001 ¹
Feminino	135	24.4 ± 3.1	24.0 (22.0 - 26.0)		32.3 ± 3.0	33.0 (30.0 - 35.0)	
Masculino	128	23.7 ± 3.7	24.0 (21.5 - 26.0)		33.3 ± 3.4	34.0 (31.5 - 35.0)	
Faixa etária²				0.847 ¹			0.216 ¹
Menor ou igual a 37 anos	142	24.1 ± 3.3	24.0 (22.0 - 26.0)		33.1 ± 2.9	34.0 (31.0 - 35.0)	
Maior que 37 anos	121	24.0 ± 3.5	25.0 (22.0 - 26.0)		32.5 ± 3.5	33.0 (31.0 - 35.0)	
Local de formação				0.012 ¹			<0.001 ¹
Brasil	235	23.9 ± 3.4	24.0 (22.0 - 26.0)		32.6 ± 3.3	33.0 (31.0 - 35.0)	
Exterior	28	25.5 ± 3.2	26.0 (23.5 - 28.0)		34.7 ± 2.1	35.0 (33.5 - 36.5)	
Tempo de graduação²				0.635 ¹			0.613 ¹
Menor ou igual a 9 anos	138	24.1 ± 3.3	24.0 (22.0 - 26.0)		33.0 ± 2.9	34.0 (31.0 - 35.0)	
Maior que 9 anos	125	24.1 ± 3.5	24.0 (22.0 - 26.0)		32.6 ± 3.6	33.0 (31.0 - 35.0)	
Formação e Titulação em MFC				0.604 ¹			0.190 ¹
Apenas título de especialista em MFC	34	23.9 ± 3	24 (22 - 26)		32.1 ± 3.2	32 (29 - 35)	
Sem título ou residência	177	23.7 ± 3.5	24 (22 - 26)		32.7 ± 3.3	33 (31 - 35)	
Formação e titulação em MFC				0.321 ¹			0.560 ¹
Apenas residência em MFC	27	24.4 ± 3	25 (22 - 27)		33.1 ± 3.2	33 (32 - 35)	
Sem título ou residência	177	23.7 ± 3.5	24 (22 - 26)		32.7 ± 3.3	33 (31 - 35)	
Formação e titulação em MFC				<0.001 ¹			0.157 ¹
Título e residência e MFC	25	26.6 ± 2.6	26 (26 - 28)		33.9 ± 2.6	34 (31 - 36)	
Sem título ou residência	177	23.7 ± 3.5	24 (22 - 26)		32.7 ± 3.3	33 (31 - 35)	

Continua.

Tabela 3. Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica, realizados pelos médicos da ESF, e de procedimentos, atividades e ações de saúde que os médicos sabem fazer, segundo características sociodemográficas, de formação e de tempo de trabalho de médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N = 263.

Características	n	Número de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos					
		Realizados			Que sabem fazer		
		Média ± DP	Mediana (1º - 3º Q)	Valor p	Média ± DP	Mediana (1º - 3º Q)	Valor p
Formação e Titulação em MFC				0.003 ¹		0.929 ¹	
Título + residência e título	59	25.1 ± 3.1	26 (23 - 27)		32.8 ± 3.1	33 (31 - 35)	
Sem título ou residência	177	23.7 ± 3.5	24 (22 - 26)		32.7 ± 3.3	33 (31 - 35)	
Formação e titulação em MFC				<0.001 ¹		0.188 ¹	
Residência + residência e título	52	25.5 ± 2.9	26 (23 - 28)		33.5 ± 2.9	33.5 (32 - 35.5)	
Sem título ou residência	177	23.7 ± 3.5	24 (22 - 26)		32.7 ± 3.3	33 (31 - 35)	
Tempo de atuação na ESF²				0.410 ¹		0.207 ¹	
Menor ou igual a 6 anos	137	24.0 ± 3.3	24.0 (22.0 - 26.0)		33.2 ± 2.8	34.0 (31.0 - 35.0)	
Maior que 6 anos	126	24.2 ± 3.5	25.0 (22.0 - 26.0)		32.4 ± 3.6	33.0 (31.0 - 35.0)	
Tempo de atuação na equipe²				0.399 ¹		0.183 ¹	
Menor ou igual a 2 anos	136	24.0 ± 3.1	24.0 (22.0 - 26.0)		33.1 ± 2.9	34.0 (31.0 - 35.0)	
Maior que 2 anos	127	24.1 ± 3.7	25.0 (22.0 - 27.0)		32.5 ± 3.5	33.0 (31.0 - 35.0)	

1. Teste de Mann Whitney.

2. Dados dicotomizados segundo valor da mediana. Grifo em negrito em todas as análises que apresentaram diferença significativa ($p < 0,05$).

Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos dados da pesquisa.

Quanto à principal forma de aprendizado dos procedimentos, atividades e ações, observou-se, de um modo geral, a prevalência da resposta graduação em todas as 38 atribuições (100%), portanto, a graduação aparece como primeira forma de aprendizado. A residência médica surge como segunda forma de aprendizado (86,8% – em 33 atribuições) e o aprendizado sozinho (68,4% – em 26 atribuições) como terceira forma.

Discussão

Este trabalho procurou analisar as práticas dos médicos da ESF de Fortaleza, investigando sua abrangência e procurando identificar e mensurar a influência de variáveis sociodemográficas e de formação profissional no conhecimento e na realização das atividades vinculadas na APS.

Assim como em diversos outros estudos, aqui se identificou a feminilização na área da saúde²⁵. Diferentemente do que se observou no estudo de Girardi *et al.*⁹, não houve aqui uma diferença significativa entre sexos na realização de procedimentos, atividades e ações. Contudo, assim como no estudo de Girardi *et al.*⁹, observou-se influência do gênero no número de procedimentos, atividades e ações que os profissionais dizem saber fazer, no qual mulheres apresentaram menores valores que os homens. Dessa forma, permanece a necessidade de existir uma melhor análise sobre a influência que o gênero pode ter sobre o escopo de prática, sobretudo nas causas que fazem mulheres informarem saber fazer menos que os homens.

Vários fatores não influenciaram o escopo de prática dos profissionais como era de se esperar. Não foi evidenciada diferença estatística na faixa etária, no tempo de graduação e no tempo de atuação na ESF. Estudos em que foi possível se observar influências desses fatores sobre o escopo de práticas, maior tempo de atuação e formação atrelada à APS não se relacionou a um escopo ampliado^{9,26-29}. É preciso, contudo, contextualizar a realidade brasileira quando se estabelece comparação a estudos internacionais no que tange à formação em MFC³⁰ e entender que não é necessariamente ruim haver um escopo de prática menor que o padrão mais abrangente⁹, desde que se dialogue com as necessidades reais da comunidade em que se pretende prestar atendimento³¹.

A importância da graduação para aquisição de práticas necessárias na atenção primária foi um dos resultados do estudo, o que leva os autores a elaborarem a hipótese de que essa evidência esteja associada às mudanças que vêm ocorrendo nos cursos de Medicina a partir das reformas desencadeadas pelas Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014)³².

Por fim, cabe destacar que a residência médica em MFC tem papel estruturante dentro do fortalecimento da APS¹³⁻¹⁶. No presente estudo, os médicos com residência em MFC e título de especialista em MFC relataram saber fazer um percentual maior de procedimentos que os demais participantes, sugerindo que a especialização por meio da RMFC e a participação na SBMFC favorecem a ampliação do escopo de práticas.

No artigo de referência de Girardi *et al.*⁹, não foi observada uma diferença significativa na realização de um escopo mais abrangente naqueles profissionais que possuíam título de especialista; contudo esta pesquisa não levou em consideração especificamente a área da MFC, abrangendo uma série de formações que foram consideradas em conjunto. Portanto, a não ocorrência dessa influência na referida pesquisa não estabelece uma contradição quanto à importância que a especialidade possa exercer.

O fazer profissional dos médicos de família é fundamental para sua formação¹⁰. Nesse sentido, a análise das diversas práticas feitas neste estudo implica em oportunidades que possam direcionar a formação nos mais diversos cenários.

Como já mencionado, existe uma diferença significativa entre as práticas realizadas pelos profissionais e aquelas que eles declaram serem capazes de fazer. Isso significa que existe a possibilidade real de ampliar o escopo de prática dos profissionais por meio de ações que lhes permitam executar aquilo que sabem fazer.

Algumas atribuições têm aspectos muito práticos. Como destaque, pode-se citar a remoção de lesões de pele praticada por apenas 2,3% dos entrevistados, mas que 64,6% sabem fazer. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente em ambos os sexos, com estimativa de mais de 160 mil casos para o biênio 2018-2019³³. O atraso no diagnóstico é um dos fatores que mais implicam em desfechos desfavoráveis, sendo a atuação de detecção uma tarefa eminentemente da Atenção Primária³⁴⁻³⁶. Outros procedimentos também têm o potencial de terem suas práticas ampliadas, uma vez que a maioria dos médicos relata capacidade em executá-los, como mostra a tabela 3.

Os resultados obtidos na pesquisa feita com os médicos e médicas da ESF de Fortaleza corrobora diversos aspectos do estudo de Girardi *et al.*⁹. Os elementos a serem discutidos podem contribuir e somar à intenção de construção de uma escala nacional para avaliação do escopo de prática dos médicos brasileiros⁹. O uso de escalas já ocorre internacionalmente e tem a vantagem de possibilitar análises comparativas ao longo tempo, como tem sido feito pelo American Board of Family Medicine (ABFM)^{28,37,38}.

Conclusão

Destaca-se a importância da graduação para aquisição de práticas necessárias na APS. Entretanto, sabemos que apenas as mudanças na graduação são insuficientes para consolidar a adesão dos médicos à Medicina de Família, pois estudos evidenciam^{4,10,16,26-28} que a residência médica é o fator mais importante para definição da especialidade, assim como do espaço geográfico no qual o médico estabiliza sua carreira. Na presente pesquisa, evidenciou-se a residência em MFC e a titulação na especialidade como fatores de expansão do escopo de práticas do médico da ESF de Fortaleza.

Os profissionais com formação no exterior realizam um número maior de atribuições do que aqueles formados no Brasil, sugerindo que, em outros países, a formação para Atenção Primária possui maior abrangência¹³. Fatores sociodemográficos e relativos a tempo de formação e atuação na ESF não tiveram relevância para uma maior abrangência de escopo. Contudo, de modo geral, os médicos realizam um menor número de atribuições do que declaram serem capazes de fazer.

Esta pesquisa conseguiu coletar um vasto banco de dados que neste recorte não foi possível ser integralmente abordado. Uma apresentação mais ampla envolvendo também a análise de atribuições comuns aos profissionais da ESF foi feita em dissertação de mestrado e deverá ser alvo de futuras publicações. Entende-se que a pesquisa tem fatores limitantes, alguns pontuados ao longo deste artigo e outros relacionados à fidedignidade, ao entendimento de todos os aspectos abordados pelo instrumento com os participantes e à sua limitação geográfica.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Fruto do trabalho de pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), este trabalho contou com amplo apoio de profissionais que atuaram desde a concepção, como é o caso dos colegas da turma do Ceará, até sua execução na coleta de dados. Nosso agradecimento, portanto, vai para todos que atuam na SMSF – em especial, para a equipe que faz suporte aos programas de provimento como o PMM, especialmente Vicente Bezerra de Araújo –; para toda a equipe da Fiocruz no Ceará, no Rio de Janeiro e em todas as instituições que sediaram a primeira turma ProfSaúde; e a um grupo de apoio que contribuiu enormemente na coleta de dados, formado, em sua maioria, por estudantes de Medicina de Fortaleza de várias instituições: Alana Edla Pereira Cajazeiras, Ana Carmem Almeida Ribeiro Maranhão, Ariane Rocha Coutinho, Douglas Gonçalves Madeira, Geísa Costa Oliveira de Medeiros Santana, Helena Dias Pereira, João Igor Silva Matos, José Ayrton Carlos de Neves Filho, Joyce Maia Malheiro Rodrigues, Letícia Queiroz Medeiros e Marina Santos Carvalho.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019; 394(10195):345-56. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
3. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017; 95(2):103-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.178236>.
4. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; 51:105-20.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3):457-502. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.



6. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado 20 Jan 2020]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de Outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
9. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen ACS, Lauer TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2739-48. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016>.
10. Newton WP. Family physician scope of practice: what it is and why it matters. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24(6):633-4. Doi: <https://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2011.06.110262>.
11. Mendes EV. A crise fundamental do SUS. O conceito de condições crônicas. In: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012. p. 31-46.
12. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.148/2016. Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades, composta pelo Conselho Federal de Medicina, pela Associação Médica Brasileira e pela Comissão Nacional de Residência Médica, que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina. *Diário Oficial da União*. 3 Ago 2016; sec. 1, p. 99.
13. Keck CW, Reed GA. The curious case of Cuba. *Am J Public Health*. 2012; 102(8):e13-22. Doi: <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.300822>.
14. Campos CEA, Izecksohn MMV. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. *Rev APS*. 2010; 13(2):148-55.
15. Sarti TD, Fontenelle LF, Gusso GDF. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018; 13(40):1-5.
16. Soares RS, Oliveira FP, Melo Neto AJ, Barreto DS, Carvalho ALB, Sampaio J, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018; 13(40):1-8. Doi: [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1629](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1629).
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
18. Junqueira D. Xingu sofre apagão médico e três crianças indígenas morrem em 11 dias [Internet]. São Paulo: UOL; 2019 [citado 24 Ago 2019]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/reporter-brasil/2019/06/02/falta-medicos-parque-xingu.htm>
19. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saude Debate*. 2009; (44):13-24.
20. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM. Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM; 2012.



21. Tatagiba AB, Creswell, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto; tradução Magda Lopes. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 296 páginas, 2010. *Cad Ling Soc.* 2012; 13(1):205-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.26512/les.v13i1.11610>.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico - 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 20 Jan 2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
23. Brasil. Ministério da Saúde. E-Gestor Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado 14 Jun 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
24. Wong E, Stewart M. Predicting the scope of practice of family physicians. *Can Fam Physician.* 2010; 56(6):219-25.
25. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. *Hum Resour Health.* 2014; 12:32. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-12-32>.
26. Coutinho AJ, Cochrane A, Stelter K, Phillips Jr RL, Peterson LE. Comparison of intended scope of practice for family medicine residents with reported scope of practice among practicing family physicians. *JAMA.* 2015; 314(22):2364-72. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.13734>.
27. Jordan J, Brown JB, Russell G. Choosing family medicine. What influences medical students? *Can Fam Physician.* 2003; 49:1131-7.
28. Peterson LE, Blackburn B, Peabody M, O'Neill TR. Family physicians' scope of practice and American Board of Family Medicine recertification examination performance. *J Am Board Fam Med.* 2015; 28(2):265-70. Doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2015.02.140202>.
29. Weidner AKH, Phillips Jr RL, Fang B, Peterson LE. Burnout and scope of practice in new family physicians. *Ann Fam Med.* 2018; 16(3):200-5. Doi: <https://doi.org/10.1370/afm.2221>.
30. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 1, de 25 de Maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: CNRM; 2015 [citado 20 Fev 2020]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20741-res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192
31. Reitz R, Horst K, Davenport M, Klemmetsen S, Clark M. Factors influencing family physician scope of practice: a grounded theory study. *Fam Med.* 2018; 50(4):269-74. Doi: <https://doi.org/10.22454/FamMed.2018.602663>.
32. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2014 [citado 20 Jan 2020]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
33. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018 - Incidência de Câncer no Brasil. Síntese de resultados e comentários [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [citado 24 ago 2019]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>



34. Espósito ACC, Campos EBP, Marques MEA, Marques AS, Abbade LPF, Stolf HO. Fatores que levam a negligência quanto aos cânceres de pele não melanoma. *Diagn Tratamento*. 2017; 22(2):63-6.
35. Martinez JC, Otley CC. The management of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a review for the primary care physician. *Mayo Clin Proc*. 2001; 76(12):1253-65. Doi: <https://doi.org/10.4065/76.12.1253>.
36. Setälä L, Kemppainen T. Stanssibiopsia ihokasvainten diagnostiikassa. *Duodecim*. 2012; 128(1):81-7.
37. Ie K, Ichikawa S, Takemura YC. Development of a questionnaire to measure primary care physicians' scope of practice. *BMC Fam Pract*. 2015; 16:161. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0357-z>.
38. O'Neill T, Peabody MR, Blackburn BE, Peterson LE. Creating the Individual Scope of Practice (I-SOP) scale. *J Appl Meas*. 2014; 15(3):227-39.

The objective of this research was to analyze the scope of practice of doctors who work in the Family Health Strategy in the Brazilian city of Fortaleza, state of Ceará, and its relations with Family and Community Medicine education and title. A transversal study was conducted from April to November 2018 applying a semistructured form to 263 doctors with 38 attributions among medical actions, activities, and procedures. The scopes had a greater coverage among doctors with overseas education and specific Family and Community Medicine education. The double qualification of medical residency and title was the factor with the greatest impact. Doctors declared knowing how to work with a higher number of activities, actions, and procedures than the one they indeed knew how to do.

Keywords: Practice scope. Family Health Strategy. Human Resources. Primary Health Care. Family and Community Medicine.

El objetivo de esta encuesta fue evaluar el alcance de la práctica de los médicos que actúan en la Estrategia Salud de la Familia en Fortaleza (Estado de Ceará) y sus relaciones con la formación y titulación en Medicina de Familia y Comunidad (MFC). Se realizó un estudio transversal de abril a noviembre de 2018, aplicándose un formulario semiestructurado a 263 médicos, conteniendo 38 atribuciones entre acciones, actividades y procedimientos de la medicina. Se subrayó una mayor amplitud de los alcances entre médicos con formación en el exterior y con formación específica en MFC, siendo la doble calificación de la residencia médica con la titulación el factor de mayor impacto. Los médicos declaran que saben hacer una serie de actividades, acciones y procedimientos superior al que de hecho realizan.

Palabras clave: Alcance de práctica. Estrategia Salud de la Familia. Recursos Humanos. Atención Primaria de la Salud. Medicina de Familia y Comunidad.

Submetido em 09/10/19.
Aprovado em 04/07/20.

Supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: percepção dos médicos brasileiros e estrangeiros


Academic supervision of the More Doctors Program in Paraíba, Brazil:
Perception of Brazilian and foreign doctors (abstract: p. 18)

Supervisión académica del Programa Más Médicos en el Estado de Paraíba,
Brasil: percepción de los médicos brasileños y extranjeros (resumen: p. 18)

Ranulfo Cardoso Junior^(a)

<ranulfo.cardoso@uol.com.br> 

Eduardo Sérgio Soares Sousa^(b)

<esergiosousa@uol.com.br> 

^(a) Unidade Acadêmica de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Avenida Juvêncio Arruda, 795, Bodocongó. Campina Grande, PB, Brasil. 58429-600.

^(b) Centro de Ciências Médicas, Campus 1, Cidade Universitária, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil.

Esta pesquisa avaliou a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba (PMM-PB), na perspectiva dos supervisionados, e se esta difere entre brasileiros e estrangeiros. Utilizou-se metodologia qualitativa documental e o banco de dados do inquérito conduzido sobre o PMM-PB no período de 2015 a 2016. Respostas fechadas foram analisadas pelo Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Na análise qualitativa, usou-se a técnica de análise de conteúdo. A formação acadêmica tem tempo similar entre os grupos; na pós-graduação (Saúde da Família) e na experiência de trabalho (Atenção Primária), havia mais estrangeiros do que brasileiros. A supervisão acadêmica foi avaliada como “muito positiva”, destacando-se relação cordial, fácil acesso ao supervisor, suporte às decisões clínicas e envolvimento no programa; entretanto, sua atuação foi considerada insuficiente para resolver problemas de gestão.

Palavras-chave: Supervisão acadêmica. Programa Mais Médicos. Atenção Primária à Saúde.

Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) foi iniciado em 2013 como estratégia do Governo Federal de enfrentamento dos problemas de acesso e utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) pela população, em regiões brasileiras de baixa densidade de profissionais médicos^{1,2}. Segundo o Ministério da Saúde, o PMM é um programa de provimento médico para fortalecer a Atenção Primária à Saúde a partir de três eixos: (a) infraestrutura da APS; (b) aprimoramento da atenção médica, fortalecendo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, integrando ensino-serviço e aumentando vagas nos cursos de Medicina e nas residências médicas; e (c) provimento emergencial de profissionais médicos, incluindo participação de médicos estrangeiros¹. Desses, a maioria é procedente de Cuba, por meio de cooperação firmada entre governo brasileiro e Organização Pan-Americana de Saúde³.

Para apoio às atividades dos profissionais do PMM, os Ministérios da Saúde e da Educação determinaram a implantação da supervisão acadêmica². As atribuições do supervisor acadêmico envolvem avaliar as condições estruturais da unidade, o processo de trabalho e a relação do médico supervisionado com a equipe, comunidade e gestão municipal⁴. Na literatura da área da Saúde, pressupõe-se que o papel do supervisor envolve a promoção de conhecimentos, competências e habilidades nos cenários de trabalho, particularmente na relação com profissionais em formação ou de ingresso recente no exercício laboral. Do supervisor, é desejável que estimule a aplicação da teoria na prática, ensinando ao supervisionado a otimizar o tempo, priorizando procedimentos e atitudes para melhorar o nível de qualidade do cuidado e reconhecendo a importância ética na prática cotidiana^{5,6}.

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a supervisão acadêmica do PMM-PB, sob a visão dos médicos participantes brasileiros e estrangeiros.

- 1) Os objetivos específicos avaliaram a supervisão acadêmica, do ponto de vista dos supervisionados, levando em consideração:
 - a) O perfil do médico participante: características demográficas (nacionalidade, sexo, faixa etária e raça), formação acadêmica (graduação e pós-graduação) e experiência profissional.
 - b) Os aspectos qualitativos desta supervisão acadêmica, na visão desses supervisionados, de acordo com suas nacionalidades (brasileira ou estrangeira), no propósito de explicar se ocorrem variações entre brasileiros e estrangeiros; e como e por que estas acontecem.

Metodologia

Este estudo utilizou metodologia qualitativa com dados secundários documentais de um banco de dados de pesquisa resultante de um inquérito previamente conduzido para estudar o PMM-PB⁷. Nesse inquérito, os médicos responderam entrevistas individuais com questionário semiestruturado contendo 121 questões. Essas entrevistas foram registradas pelo médico do PMM-PB participante no estudo, e envolveram o preenchimento eletrônico pelo *Google Forms* de um questionário coletado no período de novembro de 2015 a março de 2016⁸ para formar o banco de dados da pesquisa intitulada “Análise político-social da implantação do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba”. Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em 22 de outubro de 2015, sob o número 48948015.8.0000.5188. Neste artigo, utilizaram-se os registros de 36 questões do banco de dados original⁸ dos 251 médicos entrevistados que concordaram em participar da pesquisa e consentiram o uso de seus dados, que foram analisados de forma agrupada e anônima, armazenados e analisados por um sistema computadorizado, mantendo-se a confidencialidade de acordo com a legislação nacional.

Em relação ao perfil dos médicos supervisionados, foram analisadas 36 questões relacionadas aos temas de identificação, consentimento do uso de dados, caracterização da amostra e supervisão acadêmica. Em relação à supervisão acadêmica, foram avaliadas 14 questões das 36 selecionadas do banco de dados (questões 100 a 113), sendo a última uma questão aberta.

Foram obtidos ainda dados sobre a avaliação geral da supervisão, participação do supervisor em reuniões de equipe da unidade e com a gestão da saúde municipal; estratégias de educação permanente do supervisor; e avaliação/nota do supervisionado sobre a qualidade da supervisão acadêmica com escore variando de zero (péssima) a dez (excelente).

A questão aberta identificou os recursos pedagógicos que foram fornecidos pelo supervisor aos médicos do programa e, desses, quais foram considerados positivos que deveriam ser mantidos e quais os negativos e que deveriam ser suspensos ou melhorados.

Na análise qualitativa dos dados, usou-se a técnica de análise de conteúdo embasada por Minayo⁹. As questões fechadas foram categorizadas e organizadas por frequência absoluta e percentual para afirmações concordantes ou discordantes, utilizando-se os testes Qui-Quadrado (χ^2) e Exato de Fisher para avaliar diferenças significativas com um poder de 80% e Intervalo de Confiança (IC) de 95%, considerando-se nível de significância para $p < 0,05$. Com relação à questão aberta, a análise de conteúdo foi temática. Das respostas elencadas pelos entrevistados, algumas foram selecionadas e agrupadas por temas.

Resultados e discussão

Seleção dos participantes da pesquisa

Dos 294 médicos registrados no PMM-PB, 275 (93,5%) encaminharam as respostas do questionário da pesquisa. Entre esses, 24 não consentiram usar suas informações, sendo incluídos no estudo as respostas de 251 médicos e analisadas as 36 perguntas definidas na metodologia. Por questão didática, os resultados foram apresentados obedecendo aos objetivos específicos.

Inicialmente, foram caracterizados dados demográficos dos participantes do estudo quanto à nacionalidade, seguida pela avaliação da supervisão acadêmica sob influência desse aspecto.

Nacionalidade de origem [subtítulo]

Na caracterização do perfil de nacionalidade, de todos os 251 médicos incluídos no estudo, a maioria – 70,9 % (n = 178) – tinha como país de origem o Brasil, e 29,1% (n = 73), outros cinco países, sendo quatro latino-americanos e um europeu.

A tabela 1 mostra a distribuição dos médicos estrangeiros do programa, na Paraíba, por país de origem.

Tabela 1. Distribuição dos médicos estrangeiros do PMM-PB. Período: novembro de 2015 a março de 2016.

País de origem	Médicos	
	n	%
	73	100
Cuba	68	93
Venezuela	2	2,8
Argentina	1	1,4
Uruguai	1	1,4
Espanha	1	1,4

n: número de médicos.

%: percentual em relação ao n.

Conforme apresentado na tabela 1, entre os médicos estrangeiros, predominavam os cubanos (93%) e os demais (7%) tinham origem de quatro distintos países: Venezuela, Argentina, Uruguai e Espanha.

Comparado com o perfil dos médicos do PMM atuando no Brasil em fevereiro de 2016, quanto à nacionalidade, nossos achados mostraram que, no PMMM-PB, com relação aos médicos participantes, os estrangeiros apresentam uma relação inversa, com predomínio de quase duas vezes e meia de médicos brasileiros em relação aos estrangeiros, enquanto para todo o PMM no território nacional, os brasileiros representavam

aproximadamente seis vezes menos comparados aos estrangeiros, que representavam 85%¹⁰. No entanto, tanto no nosso estudo quanto no daqueles autores¹⁰, houve elevada predominância dos cubanos entre os estrangeiros, sendo 93% cubanos nos nossos achados e 75% cubanos no estudo com dados nacionais¹⁰.

Características dos médicos brasileiros e estrangeiros do PMM-PB

Distribuição geográfica *versus* nacionalidade

Os resultados da Tabela 2 mostram a distribuição dos 251 médicos do PMM-PB por macrorregião de exercício profissional na Paraíba e nacionalidade (brasileira ou estrangeira).

Tabela 2. Distribuição dos médicos do PMM-PB incluídos no estudo por nacionalidade (brasileira ou estrangeira) nas quatro macrorregiões do estado da Paraíba. Período: novembro de 2015 a março de 2016.

Macrorregião	Nacionalidade						p-valor
	Todos		Brasileira		Estrangeira		
	n	%	n	%	n	%	
	251	100	178	100	73	100	
João Pessoa	127	50,6	104	58,4	23	31,5	<0,0001
Campina Grande	82	32,7	56	31,5	26	35,6	
Patos	23	9,2	8	4,5	15	20,5	
Sousa	19	7,5	10	5,6	9	12,4	

n: número de médicos.
%: percentual em relação ao n.

Conforme mostra a tabela 2, os médicos do PMM-PB estavam distribuídos em todas as macrorregiões de saúde da Paraíba, estando a maioria alocada em João Pessoa e Campina Grande, representando 50,6% e 32,7%, respectivamente. Assim como os brasileiros, os médicos estrangeiros se concentraram nas duas maiores macrorregiões do estado. Mais da metade dos brasileiros – 58,4% (n = 104) – foram designados para a macrorregião da capital da Paraíba e 31,5% (n = 56), para Campina Grande. Poucos brasileiros foram alocados em Patos – 4,5% (n = 8) – e em Sousa – 5,6% (n = 10).

Similarmente aos brasileiros, os médicos estrangeiros concentraram-se nas duas maiores macrorregiões do estado: 31,5% (n = 23) em João Pessoa e 35,6% (n = 26) em Campina Grande, embora também tenham sido designados para macrorregionais sediadas em Patos e Sousa – 20,5% (n = 15) e 12,4% (n = 9), respectivamente (p < 0,0001).

Sexo, faixa etária e raça *versus* nacionalidade

A caracterização demográfica dos médicos brasileiros e estrangeiros mostrou os seguintes achados:

Sexo – A relação masculino-feminino foi de 1:1,01 para toda a amostra e, para os médicos brasileiros: 51,1%:48,9%, enquanto para estrangeiros essa relação foi de 43,8%:56,2%, respectivamente. Nos médicos brasileiros, predominavam os homens e, nos estrangeiros, as mulheres, mas sem significação estatística ($p = 0,3315$).

Faixa etária – Os médicos supervisionados apresentavam-se predominantemente mais jovens, uma vez que 45,4 % desses tinham entre 25 e 35 anos, decrescendo, em número, com o aumento das faixas etárias de 35 a 45 anos, 45 a 55 anos e 55 ou mais anos, correspondendo a 22,7%, 16,3% e 13,5 %, respectivamente. Analisados separadamente, por nacionalidade, observou-se existir diferença entre os médicos brasileiros e estrangeiros quanto ao padrão de distribuição das faixas etárias ($p < 0,0001$). Houve predominância de médicos adultos jovens entre os brasileiros, uma vez que 59,6% estão na faixa etária entre 25 e 35 anos, totalizando 77,6% abaixo de 45 anos de idade. Por outro lado, os estrangeiros concentraram-se na faixa etária de 45 a 55 anos de idade (46,6 %), seguidos de 34,2% entre 35 e 45 anos.

Outros autores mostraram médicos do PMM de todo o Brasil com perfil de idade mais elevada do que o encontrado no nosso estudo. Girardi *et al.* encontraram médicos do PMM com faixa etária entre 40 e 49 anos em 39,8%¹⁰. Separadamente, os médicos brasileiros do PMM-PB se mostraram mais jovens do que os estrangeiros, tanto nos nossos achados – 54% de brasileiros entre 30 e 39 anos – quanto no estudo conduzido por Girardi *et al.* – 59,6% na faixa etária entre 25 e 35 anos¹⁰.

Raça – Em relação à raça, a maioria dos médicos entrevistados autodenominou-se branco ou pardo (88,5%), e não houve diferenças aparentes entre os médicos brasileiros e os estrangeiros – 90,4% e 83,5%, respectivamente. A raça negra foi minoria entre os médicos do programa (5,2%), com variações relevantes entre as nacionalidades ($p = 0,0019$). No grupo de médicos estrangeiros, os negros eram aproximadamente seis vezes mais frequentes do que no grupo de brasileiros – 12,3 e 2,2 %, respectivamente.

Formação médica – graduação *versus* nacionalidade

A tabela 3 resume as características da formação médica (graduação) dos médicos do PMM-PB, distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), associada ao país e ao tempo gasto na formação médica na graduação.

Tabela 3. Características da formação de graduação em Medicina da população de médicos do PMM-PB, distribuídos por nacionalidade (brasileira ou estrangeira). Período: novembro de 2015 a março de 2016.

Formação médica	Nacionalidade					
	Todas		Brasileira		Estrangeira	
	n	%	n	%	n	%
	251	100	178	70,9	73	29,1
País da graduação						-
Brasil	160	63,7	160	89,9	-	-
Cuba	79	31,5	10	5,6	69	94,5
Bolívia	4	1,6	4	2,2	-	-
Venezuela	3	1,2	1	0,6	2	2,7
Argentina	2	0,8	1	0,6	1	1,4
Espanha	2	0,8	1	0,6	1	1,4
Equador	1	0,4	1	0,6	-	-
Duração da graduação de Medicina (anos)						-
5	2	0,8	1	0,6	1	1,4
6	238	94,8	171	96,1	67	91,8
7	5	2,0	3	1,7	2	2,7
8	2	0,8	2	1,1	-	-
Não informado	4	1,6	1	0,6	3	4,1

n: número de médicos PMM-PB.

%: percentual em relação ao n.

Os médicos do PMM-PB foram graduados em sete países, sendo que a maioria dos médicos se formou no Brasil, em primeiro lugar, e em Cuba. O Brasil predominou como país de formação da graduação médica, sendo responsável por 63,7%, seguido de Cuba, 31,5%. Juntos, esses dois países representaram 95,2% dos centros de formação, seguidos da Venezuela, Bolívia, Argentina, Espanha e Equador.

Observa-se na tabela 3 que, quanto à duração do curso de graduação médica, a quase totalidade (94,8%) cursou em seis anos. Os demais cursaram em sete, oito ou cinco anos (2%; 0,8%; 0,8%), respectivamente. Não se evidenciaram diferenças no tempo de duração da graduação em Medicina entre médicos brasileiros e estrangeiros.

O Brasil vem apresentando aumento progressivo de escolas médicas. De acordo com a publicação Demografia Médica (2015), os números dessas escolas no país eram 77, em 1985; 82, em 1990; e 247, em 2014¹¹. Em 1996, o Brasil contava com 84 escolas médicas, majoritariamente públicas, e o estado da Paraíba continuava com suas duas escolas médicas federais e a única do interior no Nordeste, em Campina Grande¹². No ano de 2019, a Paraíba possuía nove escolas médicas, sendo três públicas e seis privadas, ofertando 975 vagas anuais, distribuídas nas quatro macrorregiões do estado^{11,13}.

Considerando as evidências obtidas sobre a Paraíba em relação à sua capacidade instalada para a formação de médicos, distribuição espacial das escolas médicas no estado¹³ e exigências curriculares do Ministério da Educação para essas escolas em relação ao enfoque acadêmico na Atenção Primária¹⁴, não se justifica na Paraíba o recrutamento e contratação de médicos formados em outros países para ofertar assistência médica adequada à exigida na Atenção Primária, desde que exista uma política acadêmica para formação desses profissionais nesta área de atuação.

Formação médica – pós-graduação *versus* nacionalidade

Dos 251 médicos participantes do estudo, a maioria (71,3%) não apresentava formação de pós-graduação na área de Saúde da Família. Na pós-graduação em Medicina *lato sensu*, 49,4% desses profissionais apresentaram formação de especialista na área da Atenção Primária (Saúde da Família), seja residência ou título de especialista. Por nacionalidade, identificou-se considerável variação dessa formação, com os estrangeiros apresentando percentual muito elevado nessa área da Atenção Primária (93,1%, $p < 0,0001$) em comparação com apenas 2,3% entre os médicos brasileiros que informaram possuir residência médica em Saúde da Família (ou similar, no território estrangeiro).

Metade dos médicos do PMM-PB referiu ter especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS); no entanto, 78,1% dos médicos estrangeiros informaram ter essa especialização e só metade desse percentual (37,6%) foi informado pelos brasileiros. Dessa forma, para os brasileiros, a Universidade Aberta do SUS foi a principal instituição formadora da pós-graduação *lato sensu*, tanto na quantidade de médicos formados quanto na área de suas atuações – APS, porém, foi uma especialidade que apareceu em um percentual muito aquém do esperado. Destaca-se a determinação da obrigatoriedade dessa formação no primeiro ano do PMM¹⁵. Foi desprezível a formação em residência médica em outra área: 6,7% ($n = 12$), entre os brasileiros, e 19,2% ($n = 14$), entre os estrangeiros, cerca de três vezes mais que os brasileiros, portanto.

Em relação à formação de pós-graduação em Medicina *stricto sensu*, dos médicos do PMM-PB, 8% declararam possuir formação de mestrado, sendo inexistente a formação de doutorado.

Quando analisada a pós-graduação *stricto sensu*, por nacionalidade, informaram ter título de mestre 1,7% ($n = 3$) e 23,3% ($n = 17$) dos médicos brasileiros e estrangeiros, respectivamente ($p < 0,0001$). Dessa forma, 85% dos títulos de mestres eram de estrangeiros. Esse resultado encontra coerência quando se observa a fragilidade na área da Saúde em relação à existência de cursos em pós-graduação nessa área de conhecimento, em discordância com o prestígio alcançado pela Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal de Campina Grande nas áreas tecnológicas, como atesta a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, vinculada ao Ministério da Educação por meio da Plataforma Sucupira¹⁶.

Na distribuição dos cursos de pós-graduação, observa-se que a Universidade Federal da Paraíba oferece 93 cursos e a Universidade Federal de Campina Grande, 38 cursos. Em contraste, nenhuma política de fortalecimento da área da Saúde, no nível da pós-graduação, é visualizada para as escolas de Medicina das duas universidades federais.

Considerando o encontrado neste trabalho, podemos constatar que existe uma grande lacuna na formação médica em pós-graduação *stricto sensu* na Paraíba. Temos, assim, necessidade de uma mobilização do meio acadêmico para provocar o nível estratégico das universidades federais da Paraíba com escolas médicas vinculadas para elaborar e implantar um plano de desenvolvimento e inovação, com o propósito de equiparar os cursos de Medicina dessas universidades aos demais cursos por meio da institucionalização da pesquisa acadêmica na universidade. O médico e pesquisador Carlos Chagas Filho resume a relevância dessa estratégia: “Na universidade se ensina porque se pesquisa”¹⁷.

Capacidade instalada de formação médica na graduação e seu contraste com a pós-graduação *lato* e *stricto sensu*: desafios da Paraíba

Analisando os dados da demografia médica publicados em 2018, observa-se que a Paraíba contribui com 975 vagas, sendo 27,2% públicas ($n = 265$) e 72,8 privadas ($n = 710$). Depois do Tocantins, na região Norte, a Paraíba aparece como o estado com o maior número de vagas por cem mil habitantes, sendo da ordem de 24,2 vagas, enquanto o Brasil apresenta 14,1 vagas¹⁸. Esses indicadores caracterizam a Paraíba como sendo um estado com uma elevada capacidade instalada para formar médicos no país. Assim, parece haver um potencial excedente para as necessidades de formação de médicos direcionados para atuar e se fixar no próprio estado. Essa condição pode ser considerada uma oportunidade para impulsionar a Paraíba para uma política de estado de tornar-se um grande polo de ciência e tecnologia, agregando a área da Saúde à consolidada tradição da Universidade Federal de Campina Grande e da Universidade Federal da Paraíba em pós-graduação *stricto sensu*.

Experiência profissional prévia na Atenção Primária, anterior à vinculação ao PMM-PB

A tabela 4 mostra a experiência prévia como médico na Atenção Primária antes de ingressar no PMM-PB, por nacionalidade (brasileira ou estrangeira).

Tabela 4. Características da população de médicos do PMM-PB, distribuídos por nacionalidade (brasileira ou estrangeira), associada à experiência profissional como médico na APS antes de ingressar no PMM-PB. Período: novembro de 2015 a março de 2016.

Experiência profissional prévia na APS	Nacionalidade						p-valor
	Todas		Brasileira		Estrangeira		
	N	%	n	%	n	%	
	251	100	178	71	73	29	
Médico da APS antes de ingressar no PMM							< 0,0001
Sim	210	83,7	139	78,1	71	97,3	
Não	41	16,3	39	21,9	2	2,7	
Tempo de APS antes do PMM (anos)							< 0,0001
Nenhum	81	32,3	79	44,4	2	2,7	
1 a 4	54	21,5	52	29,2	2	2,7	
4 a 7	28	11,2	17	9,6	11	15,1	
7 a 10	13	5,2	5	2,8	8	11,0	
10 ou mais	75	29,9	25	14,0	50	68,5	

n: número de médicos PMM-PB.

%; percentual em relação ao n.

Com relação à experiência profissional anterior ao PMM, a maioria dos participantes (87,3%) informou ter tido experiência de médico na APS antes de ingressar no programa. Quanto à nacionalidade, os estrangeiros apresentavam aproximadamente 20% mais experiência prévia na APS em comparação com os brasileiros.

Ao se avaliar o tempo de experiência na Atenção Primária antes do programa, observa-se uma distribuição de frequências bimodal, com concentração nos extremos (a) nenhuma e entre um a quatro anos em 32,3% e 21,5%, respectivamente; e (b) dez anos ou mais anos, em 29,9%. Separadamente, a nacionalidade influencia o tempo de experiência prévio. A maioria dos estrangeiros (68,5%) apresentou dez anos ou mais de experiência; em contraste, a maioria dos brasileiros não tinha nenhum ano de experiência prévia (44,4%) ou menos de 4 anos (29,9%).

Com relação ao tempo de formado, para todo o conjunto predomina dez ou mais anos em 41% desses médicos, seguidos por aqueles entre quatro e seis anos (39%) e um menor percentual entre seis a oito anos (12%). Todos os estrangeiros apresentavam tempo de formado de seis ou mais anos. Observam-se diferenças quando o tempo de formado é analisado por nacionalidade. Entre os brasileiros, percentualmente, predominavam dois períodos: um maior, entre quatro e seis anos de formado (51,1%), e outro com dez ou mais anos de formado (21,3%). Entre os estrangeiros, nenhum dos médicos tinha menos de seis anos de formado e a proporção daqueles com dez ou mais anos de formado mostrou-se extremamente elevada (89%).

O ensino em serviço de preceptoria em residência (Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Preventiva e Social) foi referido pela maioria dos médicos estrangeiros (58,9%) que afirmaram ter essa experiência. Em contraste, essa preceptoria era praticamente inexistente entre os brasileiros (inferior a 2%).

O tempo no programa encontrava-se, predominantemente, no intervalo entre três e cinco anos – 51% e 26,3%, respectivamente –, estando a maioria dos brasileiros há três anos no programa (66,9%) e, dos estrangeiros, cinco anos (57,5%). Assim, o programa não se caracterizou como uma opção de primeiro emprego. Iniciaram suas atividades profissionais, como médicos no PMM, 12% da população estudada. Por nacionalidade, esse percentual foi de 16,3% entre os brasileiros e apenas de 1,4% entre os estrangeiros. Em relação ao tempo de atuação como médico no programa, a grande maioria dos brasileiros (85,5%) apresentava tempo inferior a quatro anos. Diferentemente desses, 87,6% dos estrangeiros atuavam como médico do programa há quatro ou mais anos.

Rech *et al.*¹⁹ avaliaram a qualidade da APS em associação com o PMM no Brasil, na perspectiva dos médicos brasileiros do programa, estrangeiros do programa e brasileiros não vinculados ao Programa; e observaram ter havido um pequeno aumento no escore geral da APS, com discreta melhora. Contudo, esses autores não encontraram influência da nacionalidade na magnitude desse efeito¹⁹.

Avaliação da supervisão acadêmica

Com relação à atuação do supervisor na Unidade Básica de Saúde, 60,6% dos médicos referiram que o número de visitas ficou entre três e quatro nos últimos três meses, seguida por uma a duas visitas (28,3%) e cinco a seis (9,6%). Quando o número de visitas foi relacionado à nacionalidade, tanto os brasileiros (57,3%) quanto os estrangeiros (68,5%) sinalizaram três a quatro visitas; uma a duas visitas foram referidas em segundo lugar, sendo em 31,4% dos brasileiros e em 20,6% dos estrangeiros. Relataram ainda cinco a seis visitas em 10,1% e 20,6% e nenhuma visita 1,1% e 2,7% os médicos brasileiros e estrangeiros, respectivamente.

Quanto à participação do supervisor em alguma reunião de equipe na Unidade Básica de Saúde, foi informada afirmativamente em 49,4% (n = 124) e negativamente em 50,6% (n = 127) dos médicos. Quando esse parâmetro foi relacionado à nacionalidade, responderam “sim” 46,1% e 57,5% dos brasileiros e estrangeiros, respectivamente, e responderam “não” 53,9% e 42,5% dos brasileiros e estrangeiros, respectivamente.

Com relação à realização de reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas na APS, 87,6% dos médicos informaram que realizam. Porcentagens igualmente elevadas foram obtidas entre médicos brasileiros (87,1%) e estrangeiros (89%).

Este estudo mostra uma elevada satisfação dos médicos tanto brasileiros quanto estrangeiros supervisionados com o trabalho de supervisão acadêmica do PMM-PB. De forma geral, há predominância dos conceitos “muito bom” e “ótimo” entre os médicos brasileiros e estrangeiros. Quase todos os estrangeiros avaliaram a supervisão com o conceito máximo.

Outra atividade de supervisão acadêmica percebida como igualmente elevada entre brasileiros e estrangeiros foi a reunião com a gestão do município (87,6%).

Recursos metodológicos utilizados na supervisão acadêmica

Observou-se que o uso intensivo de telefone celular, tanto por grupos de WhatsApp quanto contatos particulares, destaca-se como o instrumento para a informação e comunicação entre médicos e seus supervisores. De forma similar, os brasileiros e estrangeiros referem que os supervisores disponibilizaram, sem restrições, o uso de WhatsApp, e-mails e telefone celular como táticas de apoio à supervisão acadêmica.

A tecnologia da informação e comunicação de apoio à APS oferecida pela Telessaúde, entretanto, foi pouco utilizada pelo PMM-PB, sendo similares as avaliações de tal estratégia entre brasileiros e estrangeiros, uma vez que 61,8% e 67,1% deles, respectivamente, informaram que esta não foi utilizada como recurso metodológico nas visitas de supervisão.

Recursos metodológicos utilizados e desejáveis

Em relação às estratégias metodológicas de supervisão, a maioria dos médicos brasileiros pesquisados referiu que a discussão de casos foi a estratégia pedagógica mais utilizada, seguida pelo *feedback* do supervisor dos seus atendimentos no fim das consultas. Entre os estrangeiros, as metodologias mais mencionadas foram a discussão de temas com leitura prévia e a discussão de casos.

O apoio à Atenção Primária oferecida pela Telessaúde foi pouco utilizado pelo programa, conforme avaliações similares de tal instrumento pedagógico por brasileiros e estrangeiros²⁰. Entretanto, destacou-se como a metodologia mais solicitada, estando entre as 4 mais citadas em ambos os grupos. Esse achado é corroborado pelo estudo brasileiro sobre uso da Telessaúde no SUS, que mostra a utilização da teleconsulta pelo estado da Paraíba de apenas 2,2% do total das realizadas no país²⁰.

A revisão da literatura revela críticas controversas à atuação da supervisão acadêmica no PMM. Enquanto Campos *et al.*²² afirmam que “o sistema de supervisão e de tutoria se dirigiu apenas aos médicos e não a toda equipe em que estes médicos estão inseridos” (p. 2661), outra autora, revela – em artigo sobre intervenções na saúde do idoso no PMM – que a supervisão, para além do médico, apoiou também a equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde e a própria gestão municipal^{21,22}.

Há que se ponderar que, provavelmente, vivenciamos distintas atuações da supervisão acadêmica em diferentes territórios do país, o que corrobora a percepção de Engstrom *et al.*²³, que apontaram – refletindo a partir das necessidades educacionais para lidar com a gama de práticas da APS, focada em uma experiência de supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos, no município de Niterói, Rio de Janeiro, entre 2014 e 2015 – que, em publicações específicas e materiais técnicos produzidos acerca do programa, percebeu-se maior ênfase às atribuições operacionais na atuação do supervisor acadêmico e identificaram-se lacunas em estratégias de trabalho e sugestões metodológicas, sobretudo no contexto da educação em saúde²³.



Análise e discussão sobre a questão aberta

Na exploração da questão aberta, as respostas foram lidas e pré-analisadas quanto aos conteúdos para identificação dos temas citados pelos entrevistados. Dois temas destacaram-se pelo conteúdo e frequência de citações, emergindo como positivas as atitudes dos supervisores no apoio acadêmico e como negativa a insatisfação da ação de intermediação do supervisor frente aos problemas da gestão municipal.

Conteúdo positivo

A expressiva maioria dos informantes ressaltou muito os aspectos positivos que devem ser mantidos no trabalho da supervisão acadêmica, realçando o compromisso ético-pedagógico dos supervisores, o compartilhamento da experiência acumulada destes, a acessibilidade e o bom acolhimento para dirimir dúvidas nos processos de diagnóstico e tratamento clínico, quer presencialmente ou a distância (por telefone, e-mails ou WhatsApp). Destacamos algumas falas dos supervisionados, identificados com pseudônimos, que explicitam essas considerações:

No momento, eu não saberia dizer pontos negativos. Houve facilidade no diálogo, boa receptividade e o supervisor foi muito prestativo quanto a tirar dúvidas ou a esclarecer casos do nosso dia a dia. (Paula Madruga de Sá)

Recebemos sugestões de ideias para melhorar o trabalho individual e coletivo e estímulo para escutar a população local, sobre como ela avalia o trabalho da equipe de saúde. (Ariosvaldo Medeiros Lima)

Além disso, destacou-se o engajamento do supervisor nos processos de trabalho da equipe multidisciplinar e a atitude da supervisão em relação aos gestores, habitualmente advogando pelo respeito ao trabalho dos supervisionados na busca de benefícios para as Unidades Básicas e população assistida. Tais achados são corroborados em estudos de caso sobre o PMM no estado do Rio Grande do Norte, indicando que a inserção da supervisão acadêmica nos territórios de saúde perpassa pela lógica da necessidade de ir “além dos vazios assistenciais”, pois possibilita transformar as práticas de gestão do cuidado e do processo de trabalho, gerando uma nova cultura de qualificação da APS; promovendo a interação de saberes e práticas para gestão do cuidado; e incorporando promoção da saúde e prevenção de agravos²⁴.

Conteúdo negativo ou pedidos de melhorias na supervisão

Em relação aos pontos negativos e que precisariam ser modificados, há relatos que consideram o tempo da visita presencial reduzido. Alguns entrevistados sugeriram que a visita de supervisão fosse realizada preferencialmente no turno da tarde (face à demanda de usuários ser menor nas unidades); outros sugeriram viabilizar a interrupção dos atendimentos, nos momentos da visita do supervisor, o que possibilitaria um maior aprofundamento dos temas da agenda de supervisão acadêmica e ampliaria a integração da equipe multidisciplinar às orientações dos supervisores. Houve referências, isoladas, criticando algumas visitas apressadas e, em outros casos, reclamando maior ênfase às discussões sobre casos clínicos no cotidiano de atendimento dos médicos. A maior cobrança foi sobre o enfrentamento dos supervisores em relação a determinados aspectos administrativos e omissões da gestão da saúde municipal, tema negativo mais citado no conteúdo das narrativas.

A segunda maior reivindicação foi a discussão de artigos previamente selecionados para os brasileiros. Para os estrangeiros, o segundo instrumento pedagógico mais requerido foi a discussão de casos. Mesmo referido como utilizado, houve demanda expressiva ratificando a importância de intensificar o uso desse instrumento pedagógico.

Os temas emergentes sobre a supervisão acadêmica do PMM-PB foram organizados e categorizados para análise. Na perspectiva dos supervisionados, a supervisão acadêmica atendeu às suas expectativas nas atividades de suporte às decisões clínicas, mas foi limitada para os problemas relacionados à gestão: nossos achados de reconhecida insatisfação com a atividade de supervisão, no enfrentamento de problemas relacionados à gestão nas unidades, estão em consonância com o ensaio publicado por Campos *et al.*²². Esses autores analisaram as políticas da APS no Brasil, destacando a Estratégia Saúde da Família e o PMM, e consideraram, entre os principais obstáculos, questões estruturais de financiamento insuficiente e de gestão ineficiente²².

Conclusão

Neste artigo, descreve-se o estudo sobre a supervisão acadêmica do PMM-PB na perspectiva dos médicos desse programa. Os resultados nos permitiram obter as seguintes conclusões: de acordo com a nacionalidade – médicos brasileiros tinham faixa etária mais jovem, eram menos experientes em APS e praticamente sem formação em pós-graduação *stricto sensu* (mestrado) quando comparados aos médicos estrangeiros.

Em relação à percepção sobre a supervisão acadêmica, ambos, brasileiros e estrangeiros, pontuam essa atividade nos escores máximos. Nas estratégias metodológicas da supervisão, são reforçadas a elevada relevância das discussões de casos e leitura prévia com discussão posterior.

Dentre as metodologias e técnicas pedagógicas pouco utilizadas pelos supervisores e extremamente recomendadas pelos médicos supervisionados, destacou-se o uso do sistema de informação e comunicação da Telessaúde, tanto pelos brasileiros quanto pelos estrangeiros. Da questão aberta emergiu, como recorrente, insatisfação com

as ações de mediação dos supervisores com problemas identificados pelos médicos relacionados à gestão das unidades de APS pela falta de infraestrutura ou insumos, competências do gestor municipal.

Com este trabalho, esperamos não só contribuir para a melhoria da supervisão acadêmica do PMM-PB, mas também provocar uma reflexão sobre as lacunas encontradas na formação de pós-graduação, entre essas, a ausência de estrutura formadora de mestres e doutores em Medicina como consequência direta da ausência de pesquisa. Os achados deste estudo mostram uma enorme carência de programas de pós-graduação *lato e stricto sensu* voltados para a área médica, inclusive para a APS, na Paraíba. Esforços adicionais devem ser dispensados pela Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal de Campina Grande para que seus cursos médicos recebam o suporte estratégico necessário, ultrapassem seu atual e único objetivo, que é a formação acadêmica de médicos, e alcancem destaque na produção de conhecimento, similarmente ao que essas instituições possuem em outras áreas.

Contribuições dos autores

Ambos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

À pesquisadora e médica Taciana Padilha de Castro, Fiocruz-PE; e à professora, pesquisadora e médica Denia Fittipaldi, da Universidade Federal de Pernambuco, a admiração e gratidão dos autores, pelo estímulo e disponibilidade para a reflexão crítica durante todo o processo que culminou com a publicação do presente artigo.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. 9 Jul 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Terceiro Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao Projeto “Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde”, que entre si celebram a união, por intermédio do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, e a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Diário Oficial da União. 22 Ago 2013.
4. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 14, de 9 de Julho de 2013. Dispõe sobre os procedimentos de adesão das Instituições Federais de Educação Superior ao Projeto Mais Médicos e dá outras providências. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 10 Jul 2013; sec. 1, nº 131, p. 18.
5. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 005, de 6 de Junho de 2004. Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica. Diário Oficial da União. 11 Jun 2004; sec. 1, p. 19.
6. Borges MC, Frezza G, Souza CS, Bollela VR. Ensino clínico em cenários reais de prática. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2015; 48(3):249-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p249-256>.
7. Almeida ER, Martins AF, Macedo HM, Penha RC. Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da supervisão acadêmica. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1291-300. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0558>.
8. Sassi AP. As instituições de ensino no Programa Mais Médicos: tutoria e supervisão [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2018.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen ACSV, Lauer TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2739-48. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016>.
11. Scheffer M, Biancarelli AC, Cassenote A. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2015.
12. Amaral JA. Duzentos anos de ensino médico no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
13. Nassif ACN. Escolas Médicas por Estado [Internet]. 2019 [citado 20 Jan 2019]. Disponível em: <https://www.escolasmedicas.com.br/escolas-medicas-estado.php>
14. Moreira COF, Dias MSA. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):300-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.811>.
15. Campos FE, Lemos AF, Vianna RF, Oliveira VA, Franco SM, Nascimento EM, et al. Experiências exitosas da rede UMA-SUS: trajetórias de fortalecimento e consolidação da Educação Permanente em Saúde no Brasil. São Luís: EDUFMA; 2017.



16. Plataforma-Sucupira. Cursos avaliados e reconhecidos [Internet]. Brasília; 2019 [citado 20 Jan 2019]. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira>
17. Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho. O Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho [Internet]. Rio de Janeiro; 2019 [citado 21 Jan 2019]. Disponível em: <https://www.biof.ufrj.br/>
18. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, Cremesp; 2018.
19. Rech MRA, Hauser L, Wollmann L, Roman R, Mengue SS, Kemper ES, et al. Qualidade da Atenção Primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:e164. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.164>.
20. Almeida BLJ. Telessaúde Brasil Redes Conectando o SUS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 15:64-7.
21. Bertão IR. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Tempus (Brasília)*. 2015; 9(4):217-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v9i4.1739>.
22. Campos GWS, Pereira JRN. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2655-63.
23. Engstrom EM, Carvalho LC, Romano VF, Castro AAC. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locais regionais no programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus (Brasília)*. 2016; 10(1):241-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1863>.
24. Organização Pan-Americana de Saúde. Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar. Brasília: OPAS; 2016.



This study assessed the academic supervision of the More Doctors Program in the State of Paraíba, Brazil, in the perspective of the supervisees, and analyzed whether it differs among Brazilians and foreigners. The documental qualitative methodology was used, as well as the database of the inquiry conducted about the More Doctors Program-Paraíba from 2015 to 2016. Closed-ended answers were analyzed by the chi-square test and by Fisher's Exact Test, considering a level of significance of 5% ($p < 0.05$). In the qualitative analysis, the content analysis technique was used. The two groups have a similar academic education in terms of time; in postgraduate education (family health), foreigners outdid Brazilians; the same happened concerning work experience (primary care). Academic supervision was considered "very positive" and the main reasons for this evaluation were cordial relationship, easy access to the supervisor, support to clinical decisions, and involvement in the Program; however, the supervisors' action was considered insufficient to solve management problems.

Keywords: Academic supervision. More Doctors Program in Paraíba. Primary Health Care.

Este estudio evaluó la supervisión académica del Programa Más Médicos, en el Estado de Paraíba, bajo la perspectiva de los supervisados y si ella difiere entre brasileños y extranjeros. Se utilizó la metodología cualitativa documental y el Banco de Datos del cuestionario realizado sobre el Programa Más Médicos –Estado de Paraíba, período 2015 a 2016. Las respuestas cerradas se analizaron por el Chi cuadrado y el Test Exacto de Fischer, considerado nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). En el análisis cualitativo se utilizó la técnica de análisis de contenido. La formación académica tiene tiempo similar entre los grupos; en el postgrado (salud de la familia) y en experiencia de trabajo (atención primaria), los extranjeros superaron a los brasileños. La supervisión académica se evaluó como "muy positiva", destacándose la relación cordial, el fácil acceso al supervisor, el soporte a las decisiones clínicas y el involucrimiento en el Programa; no obstante, se consideró insuficiente su actuación para resolver problemas de gestión.

Palabras clave: Supervisión académica. Programa Más Médicos en el Estado de Paraíba. Atención Primaria de la Salud.

Submetido em 28/08/19.

Aprovado em 06/07/20.

Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS)

Amplifying access: Team Embracement as a demand management strategy in Primary Health Care (APS) (abstract: p. 17)

Ampliación del acceso: la Acogida por Equipo como estrategia de gestión de la demanda en la Atención Primaria de la Salud (APS) (resumen: p. 17)

Diângeli Soares Camargo^(a)

<diangeli.camargo@anhembibrazil.com> 

Elen Rose Lodeiro Castanheira^(b)

<elenrochalodeiro@gmail.com> 

^(a) Curso de Medicina, Universidade Anhembimorumbi. Rua Doutor Almeida Lima, 1134, Parque da Mooca. São Paulo, SP, Brasil. 03164-000.

^(b) Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Botucatu, SP, Brasil.

Experiências de reorganização do acesso aos serviços de saúde, para promover sua utilização de forma racional e inclusiva, têm se multiplicado no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este trabalho estuda uma dessas experiências por meio da implantação do Acolhimento por Equipe (AE) em São Bernardo do Campo. Desenvolveu-se um estudo de caso, qualitativo, com base na experiência de 12 profissionais da ESF. Concluiu-se que o AE foi produto do protagonismo dos trabalhadores que ousaram assumir a gestão da demanda para produzir mudanças. Alguns dos principais resultados foi a redução significativa do tempo de espera para consultas e a maior satisfação dos envolvidos, indicando que o AE foi uma experiência positiva de ampliação do acesso e de enfrentamento de uma das maiores problemáticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

Introdução

A gestão da demanda, com o objetivo de disciplinar a utilização dos serviços de saúde de forma racional e inclusiva, é um dos grandes desafios do SUS. O tema assume particularidades quando analisado sob a ótica da Atenção Primária à Saúde (APS), por se tratar de uma das principais estratégias de consolidação da saúde como direito. Starfield¹ trata do assunto ao diferenciar acesso e acessibilidade, delimitando o primeiro enquanto experimentação do segundo. A acessibilidade versa sobre aspectos estruturais que influenciam na capacidade de se chegar aos serviços, enquanto o acesso se debruça sobre a liberdade de sua utilização. Essa liberdade se processa por meio das diferentes possibilidades de mediação que se estabelecem entre os serviços e a comunidade^{2,3}.

Para compreender a situação do acesso na APS brasileira, podemos nos valer de dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), que identificaram que o acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS) era referido como “muito difícil” ou “mais difícil” por 37% dos entrevistados. A maioria (53%) classificou da mesma forma o acesso às consultas médicas em Postos de Saúde⁴. Esses achados encontram paralelo em outras pesquisas que corroboram que grande parte da população brasileira tem uma percepção negativa em relação ao acesso aos serviços públicos de saúde^{5,6}.

De forma semelhante, Protasio *et al.*⁷ investigaram fatores associados à satisfação dos usuários utilizando dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Os autores identificaram que horários de agendamento incompatíveis com os do usuário, não passar a maior parte das vezes com o mesmo médico e comparecer a um serviço sem ser agendado ou atendido no mesmo dia são importantes causas de insatisfação. Esse e outros achados reforçam a relação entre acesso e satisfação dos usuários e apontam a importância em se promover mudanças.

A literatura evidencia que sistemas de saúde baseados em uma APS forte produzem melhores resultados de saúde⁸. Starfield¹ identifica quatro atributos essenciais de uma APS de alta *performance*, incluindo o acesso de primeiro contato. Nesse sentido, a garantia de acesso oportuno é não apenas um aspecto desejável pela população, mas também característica de uma APS de boa qualidade.

No caso específico do Brasil, a ESF é uma das principais formas de oferecer APS no país, tendo promovido uma maior aproximação entre os serviços e a população ao vincular indivíduos e comunidades de um determinado território a uma equipe de referência.

Nesse contexto, a implementação do acesso enquanto direito universal pode ser analisada a partir de diferentes dimensões – política, econômico-social, organizacional, técnica ou mesmo simbólica². Para o cotidiano dos serviços de APS, ganha importância a proposição de medidas que reorganizem as ações e viabilizem o acesso, ampliando a capacidade de resposta às necessidades de saúde. Desse modo, em que pese a complexidade das diferentes dimensões envolvidas, pode-se afirmar que o acesso tem na dimensão técnica e organizacional um nó crítico importante para o fortalecimento da APS.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, tentou equacionar essa problemática ao propor a diretriz do acolhimento como forma de ampliar o acesso a partir da qualificação da escuta e da reorganização do processo de trabalho. Embora



tenha sido implementada em vários serviços, essa proposição encontrou diversos obstáculos para efetivar-se de forma extensiva⁹.

Ganha importância no processo de fortalecimento do acesso por meio da ampliação e qualificação da ESF o crescimento da Medicina de Família e Comunidade (MFC) enquanto especialidade médica estratégica para a APS. A MFC é amplamente difundida no mundo, sendo o médico de Família e Comunidade o principal ator médico da APS em diversos países, especialmente aqueles que trabalham com “[...] mecanismos de coordenação hierárquica, do tipo *gatekeeper* [...]”¹⁰ (p. 954).

No que se refere ao acesso, os médicos de Família e Comunidade atuam como primeiro contato médico às demandas de todas as ordens da população em geral, em atuação integrada com a dos profissionais de Enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (ACS), com papel já bastante consolidado nesse sentido⁹. Assim, nas últimas décadas, diversos serviços de APS ao redor do mundo – entre eles, diversas clínicas de MFC – desenvolveram experiências pioneiras no campo do acesso. Uma das experiências mais significativas foi a do acesso avançado (AA)¹¹.

No Brasil, os médicos de Família e Comunidade vêm protagonizando um novo movimento de reorganização do acesso por meio da redefinição do fluxo de acolhimento e de agendamento de consultas. Essas experiências, com inequívoca inspiração no AA, multiplicaram-se de maneira acelerada por todo o Brasil, com iniciativas variadas em diversas localidades, notadamente em Florianópolis, Curitiba e Rio de Janeiro¹².

O presente trabalho analisa uma experiência de mudanças no acesso por meio do estudo da implantação do AE, dispositivo de acesso focado na gestão da demanda por meio da reorganização das agendas das equipes de Saúde da Família (SF) na cidade de São Bernardo do Campo.

O AE foi concebido e implementado por duas equipes de SF do município em resposta a uma demanda do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC), criado em 2014. A chegada da residência aos serviços provocou uma série de mudanças direcionadas à inclusão do ensino à missão assistencial. A revisão do acesso, incluindo os novos sujeitos e sua rotina de trabalho, foi uma delas. A análise desse processo pode trazer questões que permitam seu aprimoramento e sirvam de base para novas experiências de ampliação do acesso ao cuidado na APS.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa na forma de estudo de caso, com base na experiência de dois serviços de APS que implantaram o AE.

Os serviços foram identificados como UBS A e UBS B, estão situados no município de São Bernardo do Campo e compõem o campo de estágio do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde desse município (PRMMFC). Os sujeitos que integram o estudo foram categorizados em dois grupos: o núcleo fundador e o núcleo contemporâneo.



Compõem os núcleos as duas equipes de SF responsáveis pela concepção e implantação do AE. Assim, foram incluídos sujeitos que atuaram nos serviços e nestas equipes em 2014 e em 2018. Eles são identificados a partir de seu papel, núcleo e serviço de atuação (exemplo: “médico do núcleo fundador da UBS A – MFA”).

Foram critérios de inclusão ser médico ou enfermeiro da equipe de SF, estudante de pós-graduação na modalidade de residência médica ou multiprofissional vinculado à equipe de SF e gestor local do serviço. Além disso, os sujeitos identificados na fase exploratória da pesquisa foram considerados os principais atores envolvidos no processo de implantação do AE.

A coleta de dados se deu por meio de 12 entrevistas semiestruturadas realizadas em fevereiro de 2018. Seis trabalhadores entrevistados preenchiam os requisitos de cada núcleo. As enfermeiras das equipes permaneciam as mesmas, sendo alocadas no núcleo fundador.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados como se segue:

- 1) Médicos do núcleo fundador e contemporâneo da UBS A e B: M.F.A, M.F.B, M.C.A, M.C.B.
- 2) Enfermeiros do núcleo fundador e contemporâneo da UBS A e B: E.F.A, E.F.B.
- 3) Gestores do núcleo fundador e contemporâneo da UBS A e B: G.F.A, G.C.A, G.C.B.
- 4) Médicos e enfermeiros residentes do núcleo fundador e contemporâneo da UBS A e B: M.R.F.B, M.R.C.A, E.R.C.A

Os dados foram tratados segundo o referencial da análise de conteúdos de Laurence Bardin e do método hermenêutico-dialético de Minayo, passando pelas seguintes etapas: a) leitura flutuante do material; b) seleção das unidade de registro e contexto; c) elaboração de categorias; e d) análise final, com articulação entre os dados obtidos e os referenciais teóricos da pesquisa. As categorias eleitas procuram refletir os principais núcleos problematizados na implantação do AE.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, disponível pela Plataforma Brasil por meio do Parecer Consubstanciado número 2.498.967 em 19 de fevereiro de 2018.

Resultados e discussão

Da análise dos dados emergiram três categorias: “O trabalhador como sujeito”, “A APS em disputa” e “O acesso na efetivação do direito à saúde”, conforme descrito a seguir.

O trabalhador como sujeito

Até 2014, todas as UBSS organizavam seu acesso seguindo as diretrizes do Documento Norteador da Atenção Básica¹³. Para compreender a jornada do usuário dentro do serviço antes do AE, pode-se recorrer ao fluxograma descrito a seguir (figura 1).

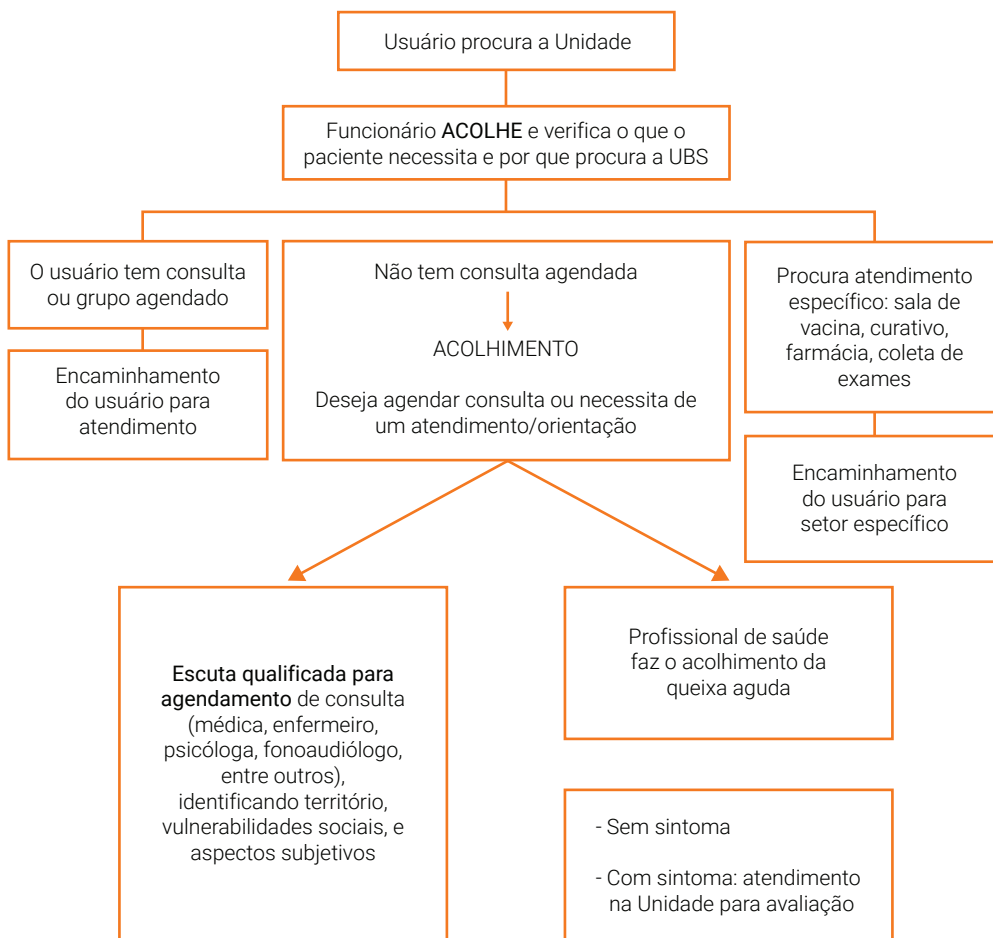


Figura 1. Fluxograma de acolhimento antes do AE 2014¹³

O fluxograma demonstra que todo usuário sem agendamento prévio deveria ser direcionado ao acolhimento, para escuta qualificada e distinção da demanda em queixa aguda ou não. Se a queixa fosse considerada aguda, o usuário seria direcionado para atendimento no dia. Estava prevista uma vaga por hora para esse tipo de demanda na agenda dos médicos e enfermeiros. Observa-se, portanto, uma reserva de 25 a 30% das vagas para atendimento no mesmo dia, o que caracteriza um tipo de acesso referido na literatura como *carve-out*¹¹. Em caso de queixa crônica ou não aguda, o usuário deveria ser referenciado após a escuta qualificada para agendamento na recepção.

O documento não orientava o manejo dos usuários que excedessem o limite de uma vaga por hora, limitando-se a instruir que “os casos de urgência e emergência devem ter o atendimento garantido”. Outro limite observado era a possibilidade de deturpação da reserva de vagas para as consultas do dia. Na UBS A, por exemplo, essa vaga era chamada de “não obrigatório” e frequentemente era utilizada para cobrir a necessidade de vagas para agendamento.

[...] por exemplo, eu cheguei em janeiro e já tava marcado o “não obrigatório” de março. (M.F.A.)



A espera por consultas era, também, bastante longa:

É, quando eu entrei [em 2013] já tinha aberta essa agenda, então, que eu lembro, tinha aberto acho que em julho, aí já tinha acabado, até dezembro [...]. (E.F.A.)

É neste cenário que surge o AE, com incentivo do PRMMFC, conforme conta a entrevistada a seguir:

[...] quando eu fui para SBC [São Bernardo do Campo], me veio uma encomenda mais ou menos assim: [...] “você está sendo chamada para ser médica de família” [...] numa área extremamente vulnerável [...] vai ter essa residência porque a linha agora é tentar qualificar essas pessoas que estão na rede, [...] e a gente acha que a residência é esse processo [...] fui recebida pelo [G.F.A] [...] ele chegou e falou assim: “Olha, você tem uma agenda aqui, [...] da antiga médica, até o dia 16 de março e aí dia 17 é vida nova”. [...] já tava mais ou menos costurado que a gente ia tentar fazer um negócio diferenciado, entendeu? Eu acho que deve ter sido a coordenadora do PRMMFC mesmo, que fez essa encomenda. (M.F.A.)

Em 2014, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicou o seu Currículo Baseado em Competências¹⁴, no qual discute a postura do MFC diante das diferentes demandas de saúde em suas competências essenciais:

Atua como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, prestando um acesso aberto e ilimitado e lidando com todos os problemas de saúde independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa¹⁴. (p. 14)

É também princípio geral da especialidade ser “[...] recurso de uma população definida.”¹⁵ (p. 5), o que demanda, para seu adequado exercício, estar acessível a essa população. Assim, é possível compreender por que o acesso veio a ser objeto de discussão no contexto de nascimento do PRMMFC.

As figuras 2 e 3 exemplificam a jornada do usuário na vigência do AE. À disposição do usuário, existiam três profissionais, responsáveis pelas funções receptiva, de primeira escuta e de atendimento. Cada uma dessas funções era geralmente desempenhada pelos ACS, enfermeiros e médicos das equipes de SF, respectivamente. Assim, após ser identificado pelo ACS, o usuário tinha sua demanda escutada pelo enfermeiro, que tinha como opções direcionar o usuário para atendimento médico do dia, agendá-lo em grupos ou vagas protegidas da equipe ou ainda realizar consulta de Enfermagem no ato do atendimento.

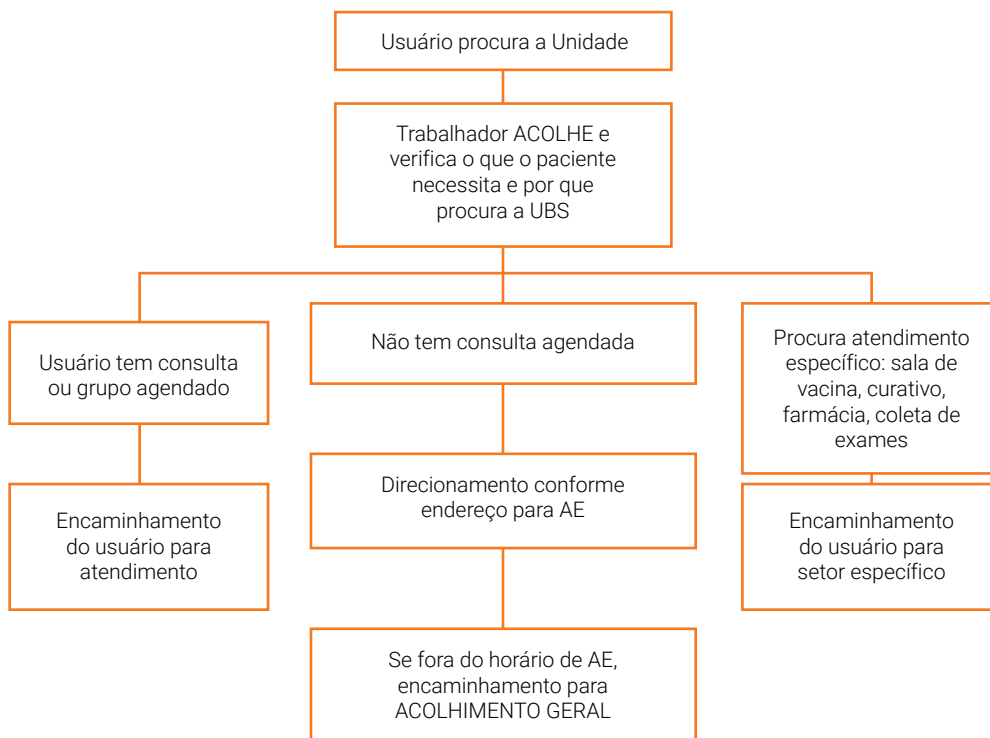


Figura 2. Fluxograma de acolhimento após o AE. Autoria própria.

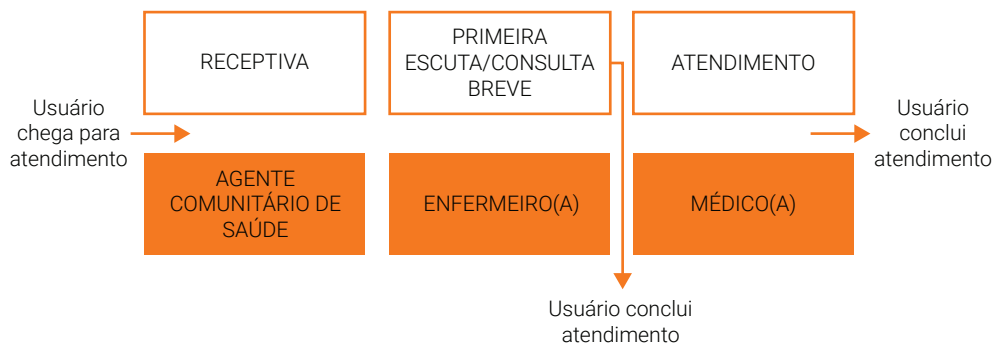


Figura 3. Etapas de atendimento do usuário no AE. Autoria própria.

As primeiras conversas para a definição do novo desenho teriam se desenrolado entre as médicas e enfermeiras das equipes, sendo posteriormente levadas para os demais membros da equipe:

[...] tinha esse receio por parte da enfermeira: [...] “de que adianta botar a gente lá pra escutar se a gente não vai conseguir ter as vagas?! A gente não vai conseguir gerir essa agenda” [...]. Então eu falei: “Não! Vai dar certo porque [...] a gente vai imprimir uma agenda, ela vai ficar na nossa mão e se alguém precisar vai falar com a gente [com a médica e a enfermeira da equipe], a gente tá aqui todos os dias, o dia inteiro, e a gente vai fazer o processo de tentar gerir isso aí. (M.F.A.)



[...], sentamos com a gerência, [...] pra ver se era possível que a gente tivesse o controle da agenda, com uma marcação que acontecesse com a gente no acolhimento. Aí o [gestor] topou [...], depois a gente teve que fazer uma reunião [...] com o resto da equipe, [...] que foi basicamente só sobre acolhimento, que aí a gente explicou qual era nossa ideia [...] e aí deixou o pessoal aberto pra falar o que achava assim. E aí isso foi bem recebido. (M.F.B)

Apesar da boa receptividade nas equipes, também houve resistências:

O pessoal da recepção, no início eles [...] não entendiam. Eles falavam “Como assim? Médico vai marcar consulta, enfermeiro vai marcar consulta?” [...] Os auxiliares de enfermagem no início também não gostaram. Até hoje, alguns deles não aceitam muito, os que não participam, [...] eles acham que é imediatismo [...]. (E.F.B)

Superadas as resistências iniciais, era a hora de colocar a proposta em prática:

[...] a gente fez um panfletinho pras ACS entregarem e isso ficou só na nossa equipe no primeiro momento, foi meio que um teste. E aí a gente foi explicando nos grupos também como ia funcionar o acolhimento por equipe, que a marcação ia ser lá e que não era só marcação, mas que as pessoas podiam levar qualquer tipo de demanda naquele momento [...]. (M.F.B)

Os primeiros dias do AE são descritos como de intensa procura:

Os primeiros dias são todos muito ruins assim, porque você fica sem almoçar [...] era 60 senhas [...]. (M.F.A)

[...] a gente tinha um livro de controle [...] a gente atendeu 98 senhas no primeiro dia [...]. (M.R.F.B)

Apesar do início difícil, passadas algumas semanas, os trabalhadores começaram a observar os primeiros resultados positivos:

[...] a população gostou bastante no início, tá? [...] Com o passar do tempo, eles foram entendendo como funcionava realmente, aí eles gostaram bastante. Já chegava, tanto com demanda de rotina quanto com demanda de queixa aguda, já era resolvida na hora ou a consulta era agendada para muito próximo, 15 dias, 20 dias [ou] consulta com enfermeiro. Valoriza muito o trabalho do enfermeiro, aquele tipo de acolhimento, foi bem produtivo, a população gostou assim bastante. (E.F.B)

A consolidação da experiência veio com o passar dos anos. Inicialmente realizado apenas pelas equipes fundadoras, já em 2015 o AE passou a ser realizado por outras equipes até que todas o adotassem. Esse processo passou a ser referência dentro do município:



E foi engraçado que, quando o acolhimento por equipe no território 7 começou, ele acabou se consolidando, isso foi um espelho pra cidade toda na época. [...] eu tava [em outro serviço] na época, [...] e fui até lá [...] e quem nos recebeu [...] foi a [M.F.A] Ela conversou com a gente por uns 40 minutos. Depois eu fui pra [UBS B], onde a gente vivenciou o acolhimento por equipe na prática [...]. E, com isso, a gente fez a implantação disso lá na [UBS de outro território]. (G.C.A)

Segundo Rodrigues¹⁶, o AE acabou sendo adotado por ao menos 12 serviços do município, por iniciativa destes, a partir dessas visitas realizadas nas UBSs A e B.

É interessante observar o engajamento dos trabalhadores em desenvolver um novo dispositivo de acesso e o fato de isso ter sido bem-sucedido nesse cenário. Alguns trabalhadores destacam a dificuldade de efetuar mudanças semelhantes em outros municípios:

[...] no [outro município] que eu trabalhei [...] eu tinha um absentéismo de mais de 50% [...] e eu era cobrada no final do mês pelos números [...], mas gente, as pessoas não vêm, entendeu? Porque o fluxo era: o paciente chegava na recepção [...] que ficava falando que não tem vaga, “não tem vaga”, ou [...] abria a agenda e de repente você tinha um vaga para daqui três, quatro meses, e aí em três, quatro meses, o problema que a pessoa tinha hoje ou já passou, ou ela procurou outro lugar, ou já deu errado [...], ou esqueceu [...]. Eu cheguei até a fazer uma proposta. Falei: “Ó, eu quero aumentar minha produção, então vamos fazer o seguinte: todo mundo [da área] da minha equipe, que chegar na unidade, eu atendo, pode ser?”. Aí [...] a gerente disse assim: “Escreve, escreve isso aí que eu tenho que mandar para supervisão da OS [Organização Social]”. Aí eu escrevi, até coloquei algumas referências bibliográficas [...], aí uma hora eu perguntei: “E aquela proposta?”. Né? “Como foi recebida?” Aí ela falou: “Ah! Então, preciso te falar. A supervisora, ela leu, achou legal você ter feito uma proposta e tal, mas eles acham que é muito poder o médico ter a gestão sob a sua própria agenda”. [risos] Aí eu falei “Ah! Tá bom”. (M.F.A)

Em São Bernardo do Campo, nos anos pré-AE, esse comportamento também podia ser observado:

[...] aí rolava uma briga com a gerência, porque eu queria ter mais controle da minha agenda e era um pouco difícil, [...] eu só queria ter uns horários pra atender os pacientes que as meninas me trouxessem, as ACSs. E com o tempo fui conseguindo [...], mas demorou. (M.F.B)

Essa postura evidencia um alijamento dos trabalhadores de saúde da gestão da organização do trabalho. A gestão participativa, prevista nas políticas de saúde do SUS, busca incentivar e acolher a participação de usuários e trabalhadores nos espaços de formulação e monitoramento das políticas públicas de saúde.

A separação histórica entre planejamento e execução do trabalho originalmente ocorrida na produção fabril e que, por analogia, tende a se repetir nos serviços, leva a um processo de alienação do trabalhador e a seu alijamento do processo global de produção, desumanizando o processo de trabalho¹⁷.

Em contraposição ao trabalho alienado e coadunado com a utopia democrática do SUS, Campos¹⁸ propõe um modelo de cogestão de organizações de saúde, composto por “unidades de produção” no interior das organizações de saúde. Essas unidades de produção se colocariam em alternativa aos departamentos e seções recortadas para envolver todos os sujeitos implicados no processo de trabalho. Assim, equipes multiprofissionais comporiam coletivos comprometidos e responsabilizados, incumbidos da tarefa de propor diretrizes para a realização de um determinado trabalho.

Assim, pode-se compreender que as equipes de SF de ambos os serviços operaram como unidades de produção “comprometidas e responsabilizadas”, atuando sob a supervisão matricial dos gestores locais que abriram espaço para as mudanças que se sucederam.

A APS em disputa

Para além da gestão das agendas, outro ponto de tensão era o atendimento da demanda do dia no mesmo dia, o que era tido por alguns como uma deturpação dos propósitos da APS. Muitos entendiam que esse processo equiparava os serviços aos prontos atendimentos:

Eu já ouvi sobre isso [...]. [O seu serviço] é a UPA [Unidade de Pronto Atendimento] do [bairro da UBS A]. (E.R.C.A)

Esse pensamento reflete uma lógica que polariza ações de prevenção e o atendimento a problemas crônicos, com o cuidado das queixas agudas. Essa polarização foi importante nos debates ocorridos na implantação do SUS nos anos 1990 e ainda se mantém no ideário e nas práticas de muitos serviços, apesar das diretrizes de superação presentes nas próprias políticas de Atenção Básica e na implementação da ESF no sentido de ampliar o acesso e a capacidade resolutiva da APS. Os trabalhadores que defendem o AE criticam essa leitura:

[...] eu acho que a pessoa ser atendida no mesmo dia não tem nada a ver com pronto-socorro. Depende, na verdade, do nível de complexidade da questão aguda, pra gente [...] dizer se isso é um pronto-socorro ou não [...] e, se for na Atenção Primária que a gente for fazer isso, e a gente conseguir limitar essas várias idas, muitas vezes pontuais no pronto-socorro, vai possibilitar um cuidado das pessoas, na verdade [...]. (M.C.B)

Murray e Tantau¹¹ descrevem um paradigma muito popular entre os trabalhadores de saúde, que postula: “se você estiver realmente doente, nós devemos vê-lo hoje; se você não estiver realmente doente, você pode esperar” (p. 48). Essa crença se coaduna com o exposto na fala imediatamente anterior, com um adendo: se o usuário não pode esperar, não deveria estar em um serviço de APS. Isso, contudo, contradiz o atributo do primeiro contato¹ e as diretrizes do SUS para a APS.

Um conceito importante para compreender a pertinência do acesso oportuno é o de experiência da doença, ou *illness*, e de doença, ou *disease*. De acordo com Sir William Osler, “Uma determinada doença (*disease*) é o que todos com essa patologia têm em comum, mas a experiência sobre a doença (*illness*) de cada pessoa é única”¹⁹ (p. 136). Assim, o sofrimento relativo a um problema de saúde não é meramente proporcional às suas repercussões orgânicas, mas sim ao significado que lhe é atribuído pelo indivíduo. Dessa forma, nem sempre o que é considerado não urgente pelo profissional de saúde é não urgente para usuário, podendo gerar enfrentamentos, perda de vínculo e descrença no sistema de saúde.

Esses conceitos também ajudam a explicar por qual razão pessoas com problemas crônicos têm dificuldade em aderir às condutas propostas. Pela natureza assintomática desses problemas, muitos não se sentem doentes e, portanto, relativizam a necessidade de se tratar¹⁹. Assim, a busca destes usuários por atendimento, por qualquer razão, deve ser encarada como uma janela de oportunidade para a promoção do cuidado.

Outro ponto de tensão era o cuidado aos grupos tidos como prioritários, notadamente os hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças. Nas palavras de uma das entrevistadas:

Tem uma resistência [...] que era assim: os pacientes, todos os hipertensos e diabéticos [...], eles não podem ir [...] na recepção marcar, porque a agenda [com a implantação do AE], ela tá prioritariamente com a equipe. [...]. Então, como é que essa pessoa vai sair e não vai ter aquela consulta pra dali seis meses? [...]. (M.F.A)

O AE, ao aumentar de forma importante a oferta de consultas no mesmo dia, reduziu a possibilidade de agendamento a longo prazo. Isso afetou a forma como as equipes estavam acostumadas a trabalhar com esses grupos.

A eleição de grupos prioritários, em uma perspectiva de integração médico-sanitária que procurava superar a dicotomia entre assistência médica e saúde pública, encontra diversas proposições na história da APS no Brasil, como a programação em saúde das décadas 1960 e 1970; e a ação programática em saúde e a vigilância em saúde, ambas do fim da década de 1980. Essas iniciativas representaram tentativas de promover uma APS mais integral, ainda que, em virtude de suas contradições, próprias ou contextuais, tenham avançado de forma limitada nesse sentido, dentro das restrições de cada momento histórico²⁰.

No que se refere especificamente aos grupos prioritários, merecem destaque as seguintes políticas: o Programa de Saúde Materno-infantil (PSMI), na década de 1970; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, na década de 1980; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, também na década de 1980; e o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus, nos anos 2000^{21,22}.

Se, por um lado, essas políticas guardam dentro de si um movimento em direção à integralidade, é certo que carregam simultaneamente a limitação de serem focados na doença ou no risco de adoecer e de propor um conjunto de ações com foco na vigilância, o que acarreta muitas vezes um empobrecimento da clínica e do atendimento às necessidades individuais de cada sujeito. A memória coletiva desse arcabouço de



programas orientando o trabalho na APS irá influenciar a concepção dos trabalhadores acerca do seu papel. A Saúde da Família, em sua concepção inicial enquanto programa, fez parte desse contexto, como pode-se perceber no excerto a seguir, de Franco e Merhy²³:

O PSF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde. [...]. Não dá muito valor ao conjunto da prática clínica, [...]. Desta forma o PSF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo [...] em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância à saúde [...].²³ (p. 1-10)

A necessidade de equacionar essas questões contribuiu para a redefinição do Programa Saúde da Família (PSF) em “estratégia” em meados dos anos 2000.

A expectativa dos trabalhadores em relação aos grupos prioritários baseia-se também na experiência de uma APS seletiva, descrita por Giovanella e Mendonça²⁴, como um modelo de atenção baseado em programas de objetivos restritos, voltados para populações pobres e que se valem de recursos de baixa densidade tecnológica. Segundo as autoras, na APS do Brasil prevaleceu um modelo que preconizava os cuidados preventivos, relegando o manejo dos agravos aos ambulatórios médicos e hospitais. Observa-se, portanto, ecos da APS seletiva nas resistências dos profissionais a mudanças mais inclusivas.

A promoção de um cuidado mais abrangente é um importante argumento de defesa do AE. Com ele, os serviços parecem ter se aberto a novas demandas e, ao contrário do que poderia se esperar, o cuidado a esses grupos não foi secundarizado:

Eu acho que [o AE] ajuda. [...] Porque aquele paciente [...], se ele sente que “Olha, minha diabetes não tá controlada, não estou me sentindo muito bem”, ele vem pro acolhimento por equipe. [...] Ele acaba vindo mais vezes, porque ele sabe que vai ser atendido, que vai ser escutado, ele sabe que ele vai resolver a demanda dele [...]. (E.R.C.A)

O acesso na efetivação do direito à saúde

Segundo os entrevistados, o principal mérito do AE na ampliação do acesso é a redução expressiva do tempo de espera para consultas e a possibilidade de atendimento das necessidades expressas pelos usuários. Essa redução advém da gestão das agendas por parte das equipes de SF e da reserva prioritária de vagas para consultas no mesmo dia.

[...] ele [o AE] permite a racionalização da agenda, que basicamente significa você conseguir atender as pessoas [...] no tempo que elas precisam, de acordo com suas necessidades e as potencialidades da equipe. E [possibilita] você [...] reduzir a zero o tempo de espera pra consulta médica, que também é um grande entrave no SUS [...]. (M.C.A)

Convém assinalar, entretanto, que, apesar de o AE pressupor a maior parte dos atendimentos no mesmo dia, uma parte considerável ainda era postergada para além de 48 horas. Isso demonstra que, apesar de se distanciar do modelo anteriormente praticado, o AE ainda operava nos limites do modelo *carve-out*¹⁵. Se considerarmos os modelos de acesso em um contínuo, poderíamos representar o AE e seu antecessor como na figura 4.

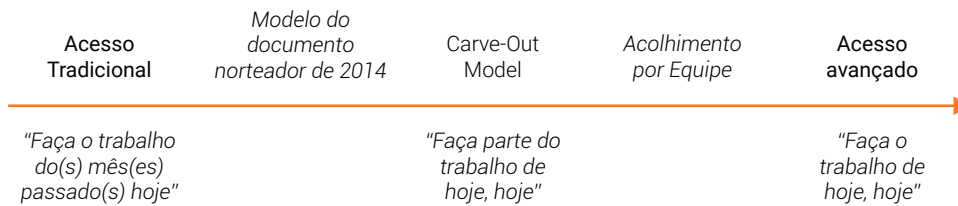


Figura 4. Comparativo entre os tipos de acesso. Autoria própria.

Ainda assim, a avaliação é a de que o tempo de espera reduziu significativamente:

Então, hoje, as unidades com quem eu converso que trabalham com acolhimento por equipe, a agenda não é mais um problema. (G.C.B)

O AE parece também ter aberto as portas para novos sujeitos:

[...] começou a vir muita gente que antes não tinha acesso a UBS ou que vinha, mas não conseguia consulta e era mandado de volta pra casa, a gente conseguia manejar muito melhor nosso horário de agenda, então, a agenda ficava pra 15 dias em geral. (E.F.A)

É perceptível, contudo, que, em seu quarto ano de implantação, o projeto já começava a demandar alguns ajustes:

O futuro, acho que vai ser um refinamento do que é o acolhimento, né, a gente ainda tem muitas coisas que precisam melhorar. [...] passar no mesmo dia é bom, mas esperar algumas horas lá é muito ruim, né? Às vezes, pode ficar lá quatro horas e aí [...] não faz sentido [...]. (M.F.A)

O ciclo de tempo²⁵ do usuário no serviço parece ser um dos principais problemas do AE, sendo referido por todos os entrevistados. As limitações da rede em garantir o cuidado daqueles que passam a ter acesso também é problematizada:

[...] eu atendi um homem de 50 e poucos anos, que tava com [...] um emagrecimento, uma dor epigástrica e não tava melhorando. [...] Aí ele veio no acolhimento com uma endoscopia que ele fez, tinha foto, era um brocotoma horroroso. Horroroso! Aí fizeram o anatomopatológico e veio gastrite leve. E aí eu ia encaminhar como esse homem? Porque pra encaminhar pra oncologia precisa de anato [exame anatomopatológico] [...]. Tentei encaminhar pra UPA e eles devolveram. Eu achava que ele precisava ficar internado, porque ele não tava comendo nada. [...] então, não tinha pra onde mandar. Eu ia mandar pro gastro e ia demorar uns 50 mil anos. Pedi uma endoscopia, liguei na regulação, mesmo assim ia demorar. [...] você fica muito frustrada, porque você finalmente está tendo acesso a toda essa demanda, mas você não tem muito o que fazer com isso. (M.F.B)

Quando questionados a respeito do futuro, entretanto, os trabalhadores parecem compreender que o AE iniciou um processo desejável e sem volta:

Eu acho que pro futuro não tem mais volta, porque acho que é [...] uma ferramenta de trabalho muito importante [...]. (G.C.B)

[...] pelos benefícios e pelos resultados positivos que a gente alcançou até agora, retroceder não dá, isso é incompatível com a dinâmica da [UBS A] [...]. (M.F.A)

Conclusão

No fim desta investigação, conclui-se que o AE foi produto da ação protagonista dos trabalhadores de saúde que, inseridos em um contexto propício, ousaram desalienar-se para produzir a mudança¹⁸. Faz parte desse contexto fértil o nascente PRMMFC do município, evidenciando o papel que a MFC vem desempenhando na transformação do acesso nos últimos anos.

Convém destacar que as equipes de SF podem ser entendidas como microssistemas clínicos, em que uma pequena população usuária, profissionais de saúde e processos de trabalho se concatenam em um propósito comum²⁶. Se por um lado parece ter sido desafiador processar essa mudança a partir do contexto micropolítico das equipes, pode-se pressupor igualmente ou até mesmo mais desafiador fazê-la a partir da macropolítica das gestões centrais. Nesse cenário, o recrutamento dos microssistemas locais onde o cuidado de fato se processa pode ser problemático, justamente por não se dar a partir do engajamento e da problematização destes sobre sua própria realidade.

Os resultados apontam que o AE foi competente em endereçar uma das maiores problemáticas do SUS: o tempo de espera para consultas. Isso demonstra a potência das iniciativas locais e a necessidade de as gestões se manterem permeáveis a elas.

Do ponto de vista conceitual, o AE representa um modelo de transição entre modelo *carve-out* e o AA. Esse deslocamento em direção ao AA também é representativo do movimento experimentado em outras localidades cujas mudanças no acesso contaram com a expressiva participação dos médicos de Família e Comunidade. Após o período de coleta de dados desta pesquisa, algumas equipes das UBSs A e B implementaram modificações no AE para adequá-lo ao preconizado pelo AA. Em 2019, a Secretaria de Saúde do município publicou uma atualização do documento norteador da Atenção Básica, propondo o AA como modelo para todas as suas UBSs²⁷.

É discutível se, de fato, o modelo proposto pelo AA se traduz em melhores resultados de saúde e a literatura ainda não tem resposta para isso, evidenciando uma lacuna a ser preenchida. Porém, a maioria das vozes ouvidas neste estudo entende que caminhar nesta direção é positivo e aposta em um aprofundamento do processo no futuro, mantendo o desafio de criar alternativas de ampliação do acesso a uma atenção integral à saúde.

Contribuições das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
2. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Cienc Saude Colet. 2012; 17(11):2865-75.
3. Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, Moscovici L. Acesso avançado em uma unidade de saúde da família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. Saude Debate. 2019; 43(121):605-13.
4. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde [Internet]. Brasília: CFM; 2018 [citado 28 Ago 2019]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha_sus_cfm2018.pdf
5. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de indicadores de percepção social – saúde [Internet]. Brasília: Ipea; 2019 [citado 23 Ago 2019]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=24420&catid=120&Itemid=2
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros [Internet]. Brasília: CONASS; 2019 [citado 23 Ago 2019]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opiniao_brasileiros1.pdf



7. Protasio APL, Gomes LB, Machado LDS, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(2):1-15.
8. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(2):1-21.
9. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Saude Debate*. 2015; 39(105):514-24.
10. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(5):951-63.
11. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000; 7(8):45-50.
12. Prefeitura Municipal de Curitiba. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde [Internet]. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2019 [citado 23 Ago 2019]. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf
13. Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo. Documento norteador da atenção básica – 2014 [Internet]. São Bernardo do Campo; 2014 [citado 23 Ago 2019]. Disponível em: <https://www.saobernardo.sp.gov.br/web/sbc/protocolos-documentos-e-diretrizes>
14. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências [Internet]. Rio de Janeiro: SBMFC; 2019 [citado 24 Ago 2019]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-divulga-curriculo-baseado-em-competencias/>
15. Lopes JMC, Chaves DL. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Chaves DL, editores. *Tratado de medicina de família e comunidade*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 1-10. (Princípios, Formação e Prática, vol. 1).
16. Rodrigues JB. O acolhimento na atenção básica: desafios e avanços no município de São Bernardo do Campo [mestrado]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018.
17. Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. *REME Rev Min Enferm*. 2003; 7(1):61-6.
18. Campos GWS, Sousa Campos GW. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saude Publica*. 1998; 14(4):863-70.
19. Lopes JMC, Chaves DL. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso G, Lopes JMC, Chaves DL, editores. *Tratado de medicina de família e comunidade*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 132-45. (Princípios, Formação e Prática, vol. 1).
20. Mota A, Schraiber LB. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saude Soc*. 2011; 20(4):837-52.
21. Cassiano ACM, Souza Carlucci EM, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Rev Serv Publico*. 2014; 65 (2):227-44.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao *Diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
23. Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2003.



24. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Carvalho LG, Vasconcelos Costa ESSL, Noronha JC, Ivo A, editores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 575-625.
25. Backer LA. Strategies for better patient flow and cycle time. *Fam Pract Manag.* 2002; 9(6):45-50.
26. Likosky DS. Clinical microsystems: a critical framework for crossing the quality chasm. *J Extra Corpor Technol.* 2014; 46(1):33-7.
27. Prefeitura de São Bernardo do Campo. Documento norteador e diretrizes para organização do trabalho na atenção básica no município de São Bernardo do Campo. São Bernardo do Campo; 2019.

Experiences of access reorganization to promote the utilization of health services in a rational and inclusive way have been frequent in the sphere of the Family Health Strategy. This study focuses on one of these experiences through the implementation of “Team Embrace” in the city of São Bernardo do Campo, State of São Paulo, Brazil. A qualitative case study investigated the experience of 12 Family Health Strategy professionals. It was concluded that Team Embrace was a product of the workers’ protagonism, as they dared to assume demand management to produce changes. The main results include a significant reduction in the waiting time for medical appointments and the greater satisfaction of the individuals involved, indicating that Team Embrace is a positive experience that has amplified the access to health services and has tackled one of the greatest problems of the Brazilian National Health System.

Keywords: Access to health services. Primary Care. Family Health.

Las experiencias de reorganización del acceso para promover la utilización de los servicios de salud de forma racional e incluyente se han multiplicado en el ámbito de la estrategia de Salud de la Familia (ESF). Este trabajo estudia una de estas experiencias por medio de la implantación de la “Acogida por Equipo” (AE) en São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil. Se desarrolló un estudio de caso cualitativo con base en la experiencia de 12 profesionales de la ESF. Se concluyó que el AE fue producto del protagonismo de los trabajadores que osaron asumir la gestión de la demanda para producir cambios. Uno de los principales resultados fue la reducción significativa del tiempo de espera para consultas y la mayor satisfacción de los envueltos, indicando que el AE fue una experiencia positiva de ampliación del acceso y de enfrentamiento de una de las mayores problemáticas del Sistema Brasileño de Salud.

Palabras clave: Acceso a los servicios de salud. Atención Primaria de la Salud. Salud de la Familia.

Submetido em 24/09/19.
Aprovado em 28/06/20.

Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil

Quality assessment of Primary Health Care services in the city of São José de Ribamar, Maranhão, Brazil (abstract: p. 14)

Evaluación de la calidad de los servicios de Atención Primaria de Salud en São José de Ribamar, Maranhão, Brasil (resumen: p. 14)

Mannasses Araujo Costa^(a)

<mannasses@msn.com> 


Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves^(b)

<mtssb.alves@ufma.com.br> 

Rosana Maria Paixão Castello Branco^(c)

<rosanacastellobranco@gmail.com> 

Wilka Emanuely Cunha Castro^(d)

<wilkacastro@yahoo.com.br> 

Cauby Arthur Moreno Ramos^(e)

<arthurcaubymr@gmail.com> 

^(a, d) Pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Rede em Saúde da Família (Mestrado Profissional), Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Praça Gonçalves Dias, 21, Centro. São Luís, MA, Brasil. 65020-240.

^(b) Departamento de Saúde Pública, UFMA. São Luís, MA, Brasil.

^(c) Pós-graduanda do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (Residência), Hospital Universitário, UFMA. São Luís, MA, Brasil.

^(e) Graduando do curso de Medicina, Faculdade de Medicina, UFMA. São Luís, MA, Brasil.

O estudo avaliou os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva dos usuários e profissionais de 35 Unidades de Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. Os dados de 73 profissionais e 386 usuários foram coletados em entrevistas utilizando Primary Care Assessment Tool (PCATool). Para os profissionais, o resultado foi satisfatório no escore geral (7,54), escore essencial (7,28) e escore derivado (8,02), exceto no atributo acesso de primeiro contato. Os usuários avaliaram como insatisfatório todos os atributos. As divergências encontradas revelaram que as demandas da população não são atendidas nesse nível de atenção à saúde. Se a população não acessa os serviços, não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Avaliação em saúde.

Introdução

Enquanto modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população¹. Estudos vêm demonstrando que a ESF apresenta impacto positivo em relação à mortalidade infantil por condições sensíveis à APS e à qualidade da atenção pré-natal e de puericultura. Além disso, ainda amplia o acesso a serviços de saúde para populações mais vulneráveis do ponto de vista socio-sanitário²⁻⁴.

Um dos primeiros documentos a registrar a concepção de APS na perspectiva de hierarquização de serviços de saúde e organização regionalizada por nível de complexidade sob um território definido, conhecido como Relatório Dawson, foi elaborado em 1920 pelo Ministério de Saúde do Reino Unido. A definição de provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para uma determinada população em um determinado território inspiraria a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que, por sua vez serviu de parâmetro para a reorganização dos sistemas de saúde em diversos países do mundo⁵.

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, é considerada a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da APS. Nas proposições de dessa declaração, a APS é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária – que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação – e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde⁶.

No Brasil, o Ministério da Saúde, desde meados da década de 1990, estabeleceu uma orientação normativa no sentido de estabelecer a ESF como porta de entrada resolutive do sistema de saúde. Contudo, o país ainda vive um contexto em que não há separação clara de funções específicas quanto à hierarquização por níveis de complexidade entre os diferentes tipos de serviços de saúde ofertados à população. Essa condição se destaca principalmente em municípios de grande porte, com maior sedimentação de estruturas tradicionais de oferta^{7,8}.

Os serviços de APS organizados com base em seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) proporcionam melhores indicadores de saúde, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado e no fluxo dos usuários dentro do sistema, utilização de práticas preventivas e maior satisfação dos usuários; além de diminuir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde⁹.

Donabedian¹⁰ desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, considerado uma tríade, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. A elaboração do Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool), um instrumento para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, permite a análise dos componentes estrutura e processo dos serviços de cuidados primários disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade¹¹.

A avaliação da presença e extensão dos atributos da APS é fundamental para mensurar os resultados e a qualidade da assistência e serve como parâmetro para que gestores e profissionais trabalhem as práticas de saúde; planejem e orientem as políticas públicas no sentido de promover avanços no sistema de saúde local; e, com isso, melhorarem a qualidade da Atenção à Saúde prestada à população de um território^{12,13}.

O presente estudo avaliou a qualidade dos serviços de APS no município a fim de subsidiar o planejamento de novas formas de organização, possibilitar o redirecionamento das práticas profissionais e auxiliar nos processos de tomada de decisão, respeitando-se as especificidades das realidades locais e regionais e almejando uma melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade e, em última instância, o efetivo cumprimento dos princípios norteadores da APS e do SUS.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter avaliativo de abordagem quantitativa das características organizacionais e do desempenho dos serviços das equipes de Saúde da Família a partir dos atributos da APS¹ realizada de outubro a dezembro de 2018 em São José de Ribamar. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018, o município é a terceira maior cidade do estado do Maranhão (população estimada de 176.321 mil pessoas), com índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM)¹⁴ em 2010 de 0,708 (alto), acima do índice de desenvolvimento humano estadual de 0,639 (médio) do mesmo ano.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar em 2018, a cidade possuía 38 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Atenção Primária e 46 equipes trabalhando na ESF, o que representava uma cobertura de 89,6% da população¹⁵.

A população do estudo foi composta por profissionais (incluindo aqueles em função de gestores das unidades) e usuários da ESF em São José de Ribamar. Para a seleção dos profissionais, não houve sorteio. Foram escolhidos como sujeitos da pesquisa todos os profissionais de nível superior das 46 equipes de ESF. Para os profissionais, foi adotado como critério de inclusão ter pelo menos dois meses de experiência de atuação na equipe da ESF e não estar gozando de recesso, férias ou licença médica no período. Durante o período da coleta (outubro a dezembro de 2018), existiam equipes incompletas, com isso, do número total possível de 92 profissionais, apenas 88 estavam em exercício. Após aplicar critérios de inclusão, obteve-se um total de 82 profissionais elegíveis. Destes, quatro profissionais recusaram-se a participar e outros dois profissionais não foram encontrados após três tentativas de aplicação das entrevistas em dias aleatórios de funcionamento da Unidade de Saúde. Alguns profissionais foram demitidos ou transferidos da Unidade Básica de Saúde (UBS)/ESF. Dessa forma, a amostra final foi de 73 profissionais.

Foram selecionados 12 usuários de cada uma das equipes nas quais os profissionais também eram elegíveis. Foram selecionadas 35 unidades de Saúde da Família do município, o que correspondia a 92,11% daquelas em funcionamento. As 44 equipes de Saúde da Família daquelas unidades selecionadas foram incluídas no estudo, o que correspondeu a 95,65% de todas as equipes implantadas. Os usuários foram selecionados dentro das unidades de saúde em dias e turnos diferentes. Em caso de usuários com menos de dez anos, a entrevista era realizada com o cuidador. Não se buscou tornar a

amostra heterogênea por gênero ou idade. No fim, foram entrevistados 386 usuários (adultos e cuidadores).

Nesta pesquisa, três tipos de formulários foram aplicados, de acordo com o respondente: PCA-Tool Brasil versão Criança, Adulto e Profissionais¹¹. Foram utilizadas cinco opções de respostas possíveis para cada pergunta e essas eram iguais para cada tipo de entrevistado. Foram atribuídos escores para as opções de respostas aos quesitos seguindo uma escala do tipo Likert: 1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim. A opção “não sei/não lembro” foi computada como “0”.

De acordo com o instrumento de validação do PCATool-Brasil, os escores são padronizados por uma escala de valores de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore – o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento¹⁶.

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

O escore essencial é obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais da APS (primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade). O escore derivado é obtido pela média entre os componentes dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária). O escore geral é obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais e dos atributos derivados¹⁶. Para isso, seguiu-se a análise dos dados orientada pelo manual do instrumento de avaliação da APS Primary Care Assessment Tool Pcatool – Brasil¹¹.

A utilização do instrumento PCATool-Brasil em suas três versões (adultos, crianças e profissionais) para avaliar a qualidade dos serviços de APS tem aumentado nos últimos anos e sua escolha pode ter relação com a publicidade pelo Ministério da Saúde¹¹, que, desde 2010, disponibiliza o instrumento validado em seus veículos oficiais de comunicação.

O PCATool permite um processo de avaliação com agilidade e baixo custo do processo de trabalho dos serviços de saúde em virtude da sua compreensão e aplicação fáceis. É um instrumento aferidor eficaz por apresentar as condições dos serviços de saúde¹⁷.

Os 11 pesquisadores de campo (oito alunos do curso de graduação em Farmácia, Medicina e Nutrição e três alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família Abrasco/Fiocruz) receberam treinamento que incluiu todas as etapas da pesquisa, desde a discussão dos objetivos e dos questionários; leitura e análise crítica das perguntas; instruções sobre os filtros para seleção do respondente, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sobre questões éticas da pesquisa; e o correto preenchimento das respostas. Posteriormente, foi realizado, no mês de setembro de 2018, o Teste Piloto em Unidade Básica de Saúde de São Luís, MA, Brasil. Isso possibilitou ajustes na identificação dos entrevistados e sugestões de modificações na aplicação do instrumento.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais entrevistados e/ou durante reuniões que a gestão municipal promoveu com os enfermeiros da ESF que também exerciam a função de gestores no último trimestre de 2018. Os usuários foram entrevistados em local reservado, na Unidade de Saúde.

As respostas do instrumento foram digitadas e organizadas em um banco de dados no *software* Epi Info versão 7.2 e analisadas no *software* Stata versão 14.2, sendo utilizado nas análises estatísticas o intervalo de confiança de 95% e o desvio padrão. Foi realizado análise de consistência em todo o banco de dados.

Os entrevistados puderam se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger a identidade dos usuários, eles não foram identificados.

Este artigo é parte do projeto intitulado Avaliação da qualidade dos serviços da Atenção Primária do SUS em dois municípios maranhenses, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital universitário da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA CAAE 89446318.6.0000.5086, aprovação n. 2.788.428.

Resultados

A amostra final foi de 73 profissionais e 386 usuários de 44 equipes de Saúde da Família (eSF). As 44 eSF estavam lotadas em 35 Centros/Unidades de Saúde da Família nos quais foram aplicados os formulários para profissionais e usuários do serviço de saúde (354 da versão adulto e 32 da versão criança).

Na tabela 1, são apresentados os escores dos atributos essenciais e de seus componentes. Sob a perspectiva dos profissionais, somente o atributo acesso ($3,91 \pm 0,4$) apresentou escore médio abaixo do ponto de corte (6,6), e o escore mais alto foi o do componente sistema de informação do atributo coordenação ($8,93 \pm 0,4$). Sob a perspectiva dos usuários, o componente acessibilidade do atributo acesso teve o escore mais baixo ($3,43 \pm 0,1$) da APS. Apenas o componente utilização ($7,77 \pm 0,2$), também do atributo acesso, e o componente sistema de informação do atributo coordenação ($6,97 \pm 0,2$), foram considerados altos escore (igual ou acima de 6,6).

Tabela 1. Escore dos atributos essenciais sob a perspectiva dos profissionais e usuários em uma escala de 0 a 10. São Jose de Ribamar, 2018.

Atributos essenciais	Profissionais			Usuários		
	n	Média	IC 95%	n	Média	IC 95%
Acesso primeiro contato	70	3,91	3,52-4,30	343	4,31	4,20-4,41
Utilização	-	-	-	386	7,77	7,53-8,01
Acessibilidade	70	3,91	3,52-4,30	345	3,43	3,30-3,56
Longitudinalidade	72	7,57	7,29-7,86	341	6,12	5,93-6,31
Coordenação	73	8,41	8,17-8,65	138	6,15	5,78-6,53
Integração do cuidado	73	8,15	7,86-8,44	138	5,87	5,41-6,32
Sistema de Informação	73	8,93	8,57-9,30	383	6,97	6,74-7,20
Integralidade	69	7,79	7,55-8,03	264	5,11	4,91-5,31
Serviços disponíveis	70	7,51	7,25-7,78	327	5,58	5,42-5,74
Serviços prestados	72	8,19	7,91-8,47	278	4,46	4,16-4,75

Os atributos derivados, que compõem a avaliação da APS de acordo com a proposta de Starfield¹, são compostos pela orientação familiar e orientação comunitária e estão discriminados na tabela 2. A análise dos atributos derivados evidenciou na orientação familiar o mais alto escore de um atributo da APS ($8,9 \pm 0,4$) na avaliação dos profissionais. Em contraste, a orientação comunitária apresentou a pior pontuação dos atributos derivados ($5,03 \pm 0,3$) na avaliação dos usuários.

Tabela 2. Escore dos atributos derivados e componentes em uma escala de 0 a 10. São José de Ribamar, 2018.

Atributos derivados	Profissionais			Usuários		
	n	Média	IC 95%	n	Média	IC 95%
Orientação familiar	73	8,90	8,59-9,21	385	5,52	5,23-5,81
Orientação comunitária	73	7,58	7,17-7,99	338	5,03	4,73-5,32

A presença e a extensão dos atributos da APS considerando os escores médios são apresentadas na tabela 3. A média dos escores essenciais e derivados da APS para os profissionais foram de $7,28 (\pm 0,2)$ e $8,02 (\pm 0,3)$; e de $5,44 (\pm 0,2)$ e $5,27 (\pm 0,3)$ para os usuários, respectivamente.

Tabela 3. Escore total dos atributos dos serviços de APS escala de 0 a 10. São José de Ribamar, 2018.

Escore	Profissionais			Usuários		
	n	Média	IC 95%	n	Média	IC 95%
Atributos essenciais	65	7,28	7,07-7,49	105	5,44	5,19-5,68
Atributos derivados	73	8,02	7,69-8,35	335	5,27	5,00-5,53
Escore geral	65	7,54	7,33-7,75	103	5,47	5,13-5,81

Discussão

Após análise comparativa entre escores de cada atributo da APS, evidenciou-se que, em geral, os profissionais a avaliam de forma mais positiva do que os usuários. Para os profissionais, os seus serviços desempenham esses atributos de forma satisfatória, como mostra a predominância dos escores acima do valor 6,6. Esse resultado obtido em São José de Ribamar corrobora os achados em outros estudos, nos quais a avaliação dos profissionais é sempre mais positiva do que a dos usuários^{13,17-20}. Os escores essencial, derivado e geral avaliados pelos usuários não apresentaram índices satisfatórios. Esse achado é semelhante em outros estudos utilizando o PCATool na perspectiva de usuários¹².

Estudos que avaliaram a APS com a mesma metodologia apontam que profissionais tendem a avaliar melhor a qualidade dos serviços^{21,22}. Já os usuários e cuidadores tendem a ser mais críticos²³. Frente à contradição observada na perspectiva dos profissionais e usuários em relação aos escores dos atributos avaliados, a visão holística da antropologia na pesquisa sobre qualidade dos serviços de saúde de Atkinson²⁴ demonstra que as abordagens rápidas assumem que o conflito entre os prestadores e usuários de serviços de saúde resultam apenas dos diferentes modelos explanatórios e são assim resolvíveis por meio de treinamento e educação. É preciso atentar para as expectativas dos usuários quando buscam a UBS e entender a estrutura daquele serviço de saúde. Assim, esse conflito de expectativas dos usuários e limitações do serviço conhecidas pelos profissionais poderiam ser amenizados, caso, em todas as unidades de saúde, fossem apresentadas aos usuários a lista de serviços disponíveis (consultas médicas com especialistas focais ou não, consultas de enfermagem, inalações, vacinação, curativos, entre outros). A qualidade do serviço deve ser focada em contextos mais amplos da estrutura do serviço de saúde e nas circunstâncias socioeconômicas da vida daquele usuário que demanda por atendimento.

Na avaliação do serviço de saúde de São José de Ribamar, foram observadas importantes divergências na percepção de usuários e profissionais em todos os indicadores calculados, exceto no atributo acesso. Este, apesar de apresentar maior escore na avaliação dos usuários, não mostrou diferença estatisticamente significativa. Ou seja, tanto os profissionais quanto os usuários consideram insatisfatório o acesso aos serviços. Esses achados são comumente encontrados em estudos avaliativos que envolvem múltiplos atores e podem estar relacionados também à diferença do nível de conhecimento desses atores sobre os itens presentes nos formulários. É provável que haja diferentes interpretações em relação ao reconhecimento dos atributos propostos na prática profissional; na estrutura e no processo de trabalho das equipes e da própria unidade; na oferta de serviços assistenciais; na necessidade de rastreamento; em estratégias de prevenção de doenças; na disponibilidade de insumos; na divergência de interesses de profissionais e usuários, entre outros^{21,23}.

A expressão do acesso de primeiro contato implica, para os profissionais e usuários, em acessibilidade e utilização dos serviços ofertados na APS, frente a uma nova demanda de saúde ou a um novo episódio de um mesmo problema¹. Assim, a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade em saúde. O acesso é o primeiro atributo essencial capaz de gerar impacto em indicadores de saúde²⁵. Se a população não obtém, de forma satisfatória, acesso à porta de entrada da APS, pode não se beneficiar de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção^{26,27}. Essa barreira pode refletir, de forma geral, no fato de o acesso ser o atributo que recebe as piores pontuações em diversos estudos avaliativos^{17,21-23,28-30}. No estudo realizado em São José de Ribamar, o escore desse atributo também foi o mais baixo na perspectiva dos usuários e dos profissionais. Tal fato revela a imensa oportunidade de melhoria nos processos de trabalho e na utilização de ferramentas de avaliação do desempenho do sistema de saúde.

A longitudinalidade está relacionada à satisfação do usuário³¹. Para esse atributo essencial, a percepção dos profissionais, usuários e cuidadores é muito importante, tendo em vista que o cuidado longitudinal implica na existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independentemente da presença de problemas específicos relacionados à saúde¹.

No instrumento PCATool-Brasil¹¹, verifica-se que o atributo acesso de primeiro contato estabelece forte relação com a flexibilidade de dias e horários de atendimento das unidades, disponibilidade dos profissionais para escuta inicial e acolhimento ou atendimento dos usuários de forma ágil e oportuna, inclusive para orientações por telefone ou marcação de consulta de rotina. As questões sobre o cuidado longitudinal estão baseadas no desenvolvimento do vínculo entre profissionais e usuários do serviço e na continuidade informacional, que se dá pelo acúmulo de conhecimento que se constrói em relação ao sujeito³², registros físicos pontuados pela equipe de saúde sobre doenças prevalentes na família e uso de medicações e dificuldade em adquirir aquelas que não estão disponíveis na farmácia da unidade.

Assim como observado por Araujo *et al.*²⁰, a limitação do horário de funcionamento das unidades foi considerada um dos fatores que dificultam seu acesso. Da mesma forma, a organização da agenda de atendimento dos profissionais de nível superior das equipes da ESF, limitando ou priorizando o acesso para assistência nos moldes dos antigos programas verticais de saúde (saúde da mulher com prioridade no pré-natal, sem estratificação de risco a cada consulta e Hipertensão) e para criança doente, em detrimento do acompanhamento de puericultura (crescimento e desenvolvimento), também é um fator que dificulta o acesso. No caso de São José de Ribamar, o baixo escore de acesso pode ser consequência da política de horário de funcionamento das unidades de saúde (das 7h às 17h de segunda a sexta), sendo que 26 unidades só funcionam no turno matutino em virtude da redução de carga horária dos profissionais de quarenta para vinte horas por semana. Esses fatores restringem ainda mais o acesso, fato evidenciado no campo, durante a realização das entrevistas. A falta de telefone para contato foi outro fator que contribuiu para o baixo escore de acesso – semelhante ao encontrado por Cesar³³ em Piracicaba – bem como para a ausência de flexibilidade de dias e horários de atendimento nas unidades. Tais resultados também evidenciados em São Luís, em conformidade com estudo de Reis *et al.*²³.

Em São José de Ribamar, algumas características são comuns aos serviços de APS. As unidades de saúde não funcionam durante a noite, nem nos finais de semana; contudo, a marcação de consultas de referência para outro nível de atenção é realizada no próprio serviço ao qual o usuário é afiliado. Face a essa realidade, itens do questionário como atendimento nos finais de semana, após as oito horas da noite, no mesmo dia (mas com tempo de espera superior a trinta minutos ou quando o serviço está fechado) e a disponibilidade de telefone para contato foram acentuadamente avaliados de forma negativa tanto pelos profissionais quanto pelos usuários. Evidências similares foram encontradas por Hauser *et al.*³⁴ em Porto Alegre, principalmente no que diz respeito à disponibilidade de um número de telefone para contato.

De acordo com Starfield¹, os atributos essenciais se relacionam entre si, daí a necessidade de que o serviço habitual de atenção seja integral e coordenador do cuidado. No atributo coordenação dos cuidados, o componente sistema de informação é um dos mais bem avaliados em quase todos os estudos sob a perspectiva de usuários^{12,28,35} e profissionais^{17,22,29,30} e leva em consideração a apresentação de carteira de vacina, fichas de atendimento, disponibilidade do prontuário durante a atividade assistencial e o direito do

paciente ou cuidador ler seu prontuário ou ficha. Contudo, o escore médio desse atributo foi considerado insatisfatório no presente estudo, assim como no estudo realizado por Paula *et al.*²⁸ em um município-polo do Vale do Jequitinhonha.

Para obter um alto escore, a coordenação do cuidado precisa garantir a continuidade da atenção nos demais pontos de serviços. Na sua essência, a integração do cuidado e a utilização do sistema de informações devem ser capazes de dar respostas às demandas de saúde da população. Na percepção dos profissionais, os maiores desafios da coordenação foram observados na marcação de consultas e exames na rede ambulatorial especializada, assim como receber do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado. Potencializar a APS como centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é um dos principais desafios para os gestores municipais³⁶.

Os problemas relacionados à coordenação do cuidado em virtude da fragmentação da rede de saúde e à falta de comunicação entre os diferentes serviços (referência e contrarreferência) se constituem em desafios não apenas para São José de Ribamar, mas para toda a região metropolitana de São Luís. Uma coordenação de cuidados inadequada se reflete em baixo desempenho de todos os atributos essenciais da APS. Esse atributo é considerado pilar da concepção estruturante e complexa da APS, por pressupor alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja pelo reconhecimento de problemas abordados em outros serviços¹².

A avaliação do leque de serviços disponíveis e ofertados do atributo integralidade, pelos usuários, também não foi satisfatória^{12,28,35}. Nessa dimensão, os profissionais avaliaram que a oferta de serviços está adequada, assim como nos estudos realizados em Chapecó²², Curitiba²⁹, Lajeado¹⁷ e Passos³⁰. A prática da integralidade demanda da APS o reconhecimento da necessidade de saúde da população relacionada à compreensão do conceito amplo de saúde. Demanda também que sejam disponibilizados os recursos e estruturas necessários para atendê-la³⁵ e que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados²⁸.

Em relação ao escore derivado, representado pela orientação familiar e comunitária, a percepção dos profissionais da saúde é a de que os serviços apresentam forte orientação à APS. O indicador foi considerado satisfatório, assim como nos estudos de Chomatas *et al.*²⁹ e Ferreira *et al.*³⁰, realizados em Curitiba e Passos, respectivamente. Para os usuários, os dois atributos obtiveram escores insatisfatórios, sendo que o atributo orientação comunitária apresentou o pior desempenho. Esse atributo também foi considerado insatisfatório em diversos estudos^{12,28,35}.

A orientação familiar e comunitária é uma prática que necessita, antes de tudo, que o profissional se conscientize da necessidade da clareza da comunicação, a fim de facilitar a vinculação do paciente à equipe de Saúde da Família. Com o vínculo estabelecido, o profissional e a equipe podem sanar dúvidas dos usuários que buscam orientações, conhecer os problemas de saúde da comunidade que atendem e estimular a participação de usuários no Conselho Local de Saúde¹¹.

Um possível limite do estudo se encontra na definição pelo PCATool-Brasil de que todos os atributos previstos no instrumento possuem o mesmo peso, supondo que o desempenho dos serviços pode ser avaliado exclusivamente pela presença e

extensão desses atributos da APS. No cenário atual, em que vivemos uma hipertrofia dos atributos derivados, utilizar apenas a autorreferida experiência dos profissionais envolvidos na atenção como critério avaliador – não incorporando, por exemplo, a avaliação técnica do serviço prestado – resulta em elevação do escore geral em virtude dos altos escores dos atributos derivados^{29,30,37}.

Outra limitação do estudo está relacionada ao próprio instrumento de avaliação utilizado; e às dimensões e itens contemplados neste que o tornam muito extenso para aplicação aos usuários e profissionais. No entanto, o PCATool – Brasil foi escolhido por ser um instrumento de avaliação com parâmetros internacionais de qualidade da Atenção Primária, o que possibilita comparações com outras iniciativas¹⁹. Uma estratégia pode ser a utilização da versão reduzida do PCATool³⁸, tendo em vista um conjunto de perguntas mais objetivas, baseadas na discriminação e na relevância teórica para o escore de orientação à APS³⁹.

Considerações finais

A avaliação dos serviços de APS, ao verificar a presença e a extensão de seus atributos na percepção dos dois sujeitos estudados, identificou que a qualidade referida na perspectiva dos profissionais não é a mesma que a percebida pelos usuários. Os resultados aqui apresentados revelam um melhor desempenho dos atributos da APS na perspectiva dos profissionais, com resultado satisfatório em todos os atributos avaliados, exceto no acesso de primeiro contato. Contudo, essa percepção difere quando analisamos os resultados desses serviços na perspectiva dos usuários. Na perspectiva dos usuários, os três escores estimados, assim como as médias obtidas nos seis componentes, foram insatisfatórios.

O estudo evidencia que há divergência sobre a orientação dos serviços de Atenção Primária do município para a APS quando analisada na perspectiva dos profissionais e dos usuários. Assim, as divergências encontradas nos resultados entre os sujeitos do estudo revelam que os serviços ofertados ainda não atendem todas as demandas de saúde da população nesse nível de atenção do município. Dessa forma, além do aperfeiçoamento técnico constante das equipes de saúde, as unidades precisam funcionar em conformidade com as necessidades dos usuários. Os gestores e profissionais devem desenvolver métodos de avaliar a situação de saúde e apresentar meios que propiciem mudanças no processo de trabalho das equipes face ao insatisfatório desempenho apresentado em quase todos os atributos avaliados, na perspectiva dos usuários.

A associação entre o desempenho do sistema de saúde e a qualidade da assistência prestada na APS está conceitualmente bem estabelecida, mas ainda carece de mais estudos que aprofundem e identifiquem os aspectos da APS que possuem maior destaque ou impacto sobre a melhoria da qualidade. O presente estudo contou com uma base populacional representativa dos usuários que utilizam a APS no município por meio de um instrumento previamente validado no Brasil¹¹ e em outros países.

Finalizando, pesquisas posteriores que busquem avaliar os serviços de APS de São José de Ribamar com base na experiência de usuários e profissionais, por meio de metodologias quantitativas ou qualitativas, podem contribuir para a ampliação e aprofundamento dos resultados encontrados neste estudo e para subsidiar a construção de um modelo consistente de APS.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos aos colegas e professores do Mestrado do ProfSaúde, em especial, à Cristiane Alves Silva que participou das entrevistas na fase de coleta de dados; aos alunos da graduação de Medicina, Nutrição e Farmácia, que formaram a equipe de pesquisa de campo; à gestão do município de São José de Ribamar; e aos funcionários das Unidades de Saúde, que nos autorizaram e deram suporte à pesquisa em toda sua rede de Atenção Básica.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
2. Bezerra Filho JG, Kerr LRFS, Miná DL, Barreto ML. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(5):1173-85. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500019>.
3. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007; 7(1):75-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000100009>.
4. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Suppl 1:159-72.
5. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011; 20(4):867-74. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
6. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Suppl 1:21-3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>.
7. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(2):286-98. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>.



8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 24 Out 2011.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
10. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? 1988. Arch Pathol Lab Med. 1997; 121(11):1145-50.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. Saude Debate. 2017; 41(114):741-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711406>.
13. Maia LG. Avaliação da atenção primária na perspectiva dos profissionais de saúde [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2017.
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 [Internet]. Brasília; 2013 [citado 29 Ago 2019]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-jose-de-ribamar_ma
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. E-Gestor Atenção Básica, 2018. Informação e Gestão da Atenção Básica. Coberturas da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
16. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):274-8.
17. Mazutti-Penso J, Périco E, Oliveira M, Guimarães-Strohschoen A, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017; 12(39):1-9.
18. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior Á, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Cienc Saude Colet. 2006; 11(3):633-41. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.
19. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Cienc Saude Colet. 2014; 19(8):3521-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>.
20. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. Saude Debate. 2015; 39(105):387-99. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002007>.
21. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad Saude Publica. 2012; 28(9):1772-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.
22. Vitoria A, Harzheim E, Takeda S, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):285-93.



23. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(11):3321-31. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>.
24. Atkinson SJ. Anthropology in research on the quality of health services. *Cad Saude Publica*. 1993; 9(3):283-99. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300016>.
25. Macinko J, Guanais FC, Fátima M, Souza M, Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):13-9.
26. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
27. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*. 2011; 49(6):577-84.
28. Paula FA, Silva CCR, Santos DF, Martins-Filho OA, Andrade RA. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saude Debate*. 2015; 39(106):802-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030020>.
29. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):294-303.
30. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(4):e20160104. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>.
31. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004; 2(5):44-51.
32. Cunha EM, Giovannella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16 Suppl 1:1029-42. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.
33. Cesar MC, Campos GWS, Montebelo MIL, Sarmento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. *Saude Debate*. 2014; 38 Spe:296-306. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S022>.
34. Hauser L, Castro R, Vigo Á, Trindade T, Gonçalves M, Stein A, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):244-55.
35. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(7):2033-46. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.17322013>.
36. Giovannella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(3):783-94. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.



37. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fraccolli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48 Spe:122-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>.
38. Oliveira M, Harzheim E, Riboldi J, Duncan B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):256-63.
39. Guanais F, Doubova SV, Leslie HH, Perez-Cuevas R, García-Elorrio E, et al. Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: analysis of a public opinion cross-sectional survey. *PLoS Med*. 15(10):e1002673. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002673>.

This study assessed the essential and derivative attributes of primary health care from the perspective of health service users and professionals from 35 primary health facilities in São José de Ribamar in the State of Maranhão, Brazil. Data were collected from 73 professionals and 386 service users through interviews based on the Primary Care Assessment Tool. The health professionals rated all attributes except first-contact care as satisfactory (overall score = 7.54, essential attributes score = 7.28, and derivative attributes score = 8.02), while the service users rated all attributes as unsatisfactory. The differences in perceptions between health professionals and service users reveal that the population's health needs are not being met at this level of care. If the population fails to access services, it fails to benefit from any of the other attributes of this level of care.

Keywords: Primary Health Care. Health services. Health services research. Health evaluation.

El estudio evaluó los atributos esenciales y derivados de la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los usuarios y profesionales de 35 Unidades de Salud en la Estrategia Salud de la Familia de São José de Ribamar, estado de Maranhão, Brasil. Los datos de 73 profesionales y 386 usuarios se colectaron en entrevistas utilizando Primary Care Assessment Tool. Para los profesionales el resultado fue satisfactorio en el Puntaje General (7,54), Puntaje Esencial (7,28) y Puntaje Derivado (8,02), excepto en el atributo acceso del primer contacto. Los usuarios evaluaron como insatisfactorios todos los atributos. Las divergencias encontradas revelaron que las demandas de la población no se atienden en ese nivel de atención de la salud. Si la población no tiene acceso a los servicios, no se beneficia de ninguno de los demás atributos de esa modalidad de atención.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud. Servicios de salud. Encuesta sobre servicios de salud. Evaluación en salud.

Submetido em 11/09/19.
Aprovado em 06/07/20.

Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica


Quaternary prevention, curricular reform and medical education (abstract: p. 16)

Prevenición cuaternaria, reforma curricular y educación médica (resumen: p. 16)

Miguel Andino Depallens^(a)

<miguel.depallens@yahoo.fr> 

Jane Mary de Medeiros Guimarães^(b)

<janemg@gmail.com> 


Lina Faria^(c)

<lina@ufsb.edu.br> 

Antônio José Costa Cardoso^(d)

<antoniojccardoso@gmail.com> 

Naomar Almeida-Filho^(e)

<naomaralmeida@gmail.com> 

^(a) Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (Mestrado), Centro de Formação em Ciências da Saúde, Universidade Federal Sul da Bahia (UFSB), *campus* Paulo Freire. Praça Joana Angélica, 250, Bairro São José. Teixeira de Freitas, BA, Brasil. 45988-058.

^(b, d) Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, UFSB, *campus* Jorge Amado. Itabuna, BA, Brasil.

^(c) Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, UFSB, *campus* Sosígenes Costa. Porto Seguro, BA, Brasil.

^(e) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

Desde uma perspectiva crítica e de enfrentamento à problemática da sobremedicalização, a prevenção quaternária (P4) emergiu como um conceito inovador, propondo alternativas para prevenir os eventos iatrogênicos e otimizar os custos da saúde. O presente ensaio foi elaborado a partir de uma revisão histórico-conceitual da P4 e dos modelos de educação médica, visando compreender como a P4 poderia se constituir como um elemento estratégico para remodelar a educação médica. O artigo aprofunda aspectos conceituais da P4; aborda a educação médica a partir de uma perspectiva histórica; aponta as interligações dinâmicas entre a P4, as práticas de saúde e a educação médica; e, por fim, expõe os motivos pelos quais a P4 pode se tornar um elemento central da educação médica.

Palavras-chave: Prevenção quaternária. Doença iatrogênica. Educação médica. Uso excessivo de produtos e serviços de saúde. Saúde Pública.

Introdução

Em 2000, Barbara Starfield¹ avaliou múltiplos aspectos da situação de saúde nos Estados Unidos da América (EUA) e concluiu que, somente superadas pelas causas cardiovasculares e oncológicas, as iatrogenias representavam a terceira causa de morte no país, com uma estimativa de 225 mil mortes por ano em função de intervenções médicas malsucedidas. Mais recentemente, Makary e Daniel² confirmaram esses números, estimando 251 mil mortes hospitalares por ano por causas iatrogênicas nos EUA. Ademais, segundo uma revisão recente de Peer e Shabir³, nos países europeus, estima-se que 95 mil óbitos por ano seriam devido a efeitos adversos de tratamentos e erros médicos evitáveis, ao tempo em que a iatrogenia seria a quinta causa de morte em todo o mundo.

Esse contexto epidemiológico preocupante foi propício para revelar uma proposta relevante e inovadora para a Saúde Pública: a prevenção quaternária (P4)⁴. O conceito, inicialmente proposto pelo médico de família belga Marc Jamouille no fim da década de 1980, visa enfrentar a problemática da medicalização excessiva ou sobremedicalização com o intuito de impactar a iatrogenia clínica e “representa um combate ético para alcançar um acesso e uma organização justa e equânime dos serviços de saúde”⁵.

O presente ensaio busca, portanto, aprofundar a P4 e avaliar em que medida poderia se constituir em um elemento estratégico e fundamental da educação médica. Para isso, foi realizada uma revisão histórico-conceitual da P4 e dos modelos de educação médica com o objetivo de identificar as suas interligações e aprofundar a compreensão dos desafios que se colocam para os proponentes e promotores desse conceito, engajados também na sua divulgação e *advocacy*, sem pretender, contudo, esgotar o tema, mas sim contribuir com algumas reflexões para a transformação do cenário no campo da clínica.

Prevenção quaternária: uma estratégia anti-hegemônica à sobremedicalização

A ideia da P4 foi construída a partir de uma análise das diferenças de percepção da saúde e da doença entre médicos e pacientes. Nesse processo, foram revisados os três níveis clássicos de prevenção anteriormente propostos por Leavell e Clark⁶, resultando em uma integração entre a perspectiva de saúde pública e a clínica individual. A partir dessa reflexão, Jamouille desenhou um quadro de dupla entrada formado por dois eixos: um representando a percepção médica – *disease*/doença (presente ou ausente) – e outro eixo perpendicular representando a percepção do paciente – *illness*/enfermidade (presente ou ausente)^{7,8}. A P4 veio preencher a última célula vazia em um quadro de quatro células quando ainda só eram reconhecidos três níveis de prevenção em saúde (figura 1).

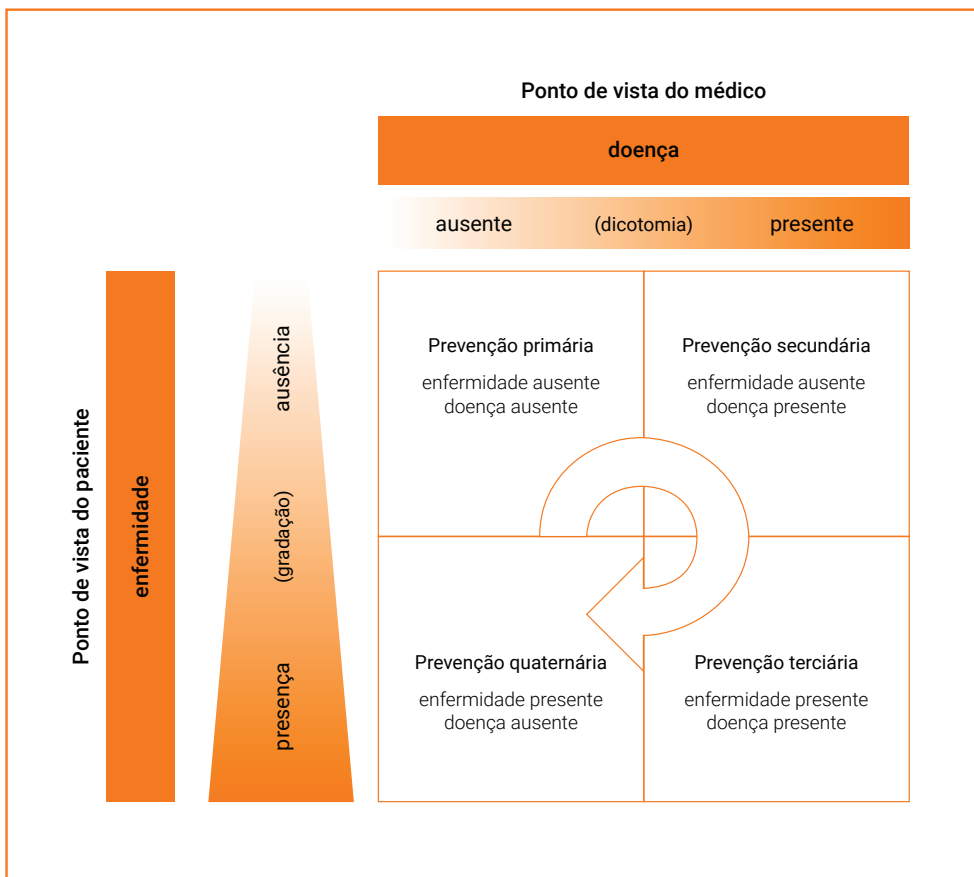


Figura 1. Modelo de tabela de duas entradas das diferentes formas de prevenção, inclusive a P4 (Kuehleiln *et al*, 2010 tradução de Gustavo Gusso, disponível em <https://primary-hospital-care.ch/article/doi/pc-d.2010.08739>).

Como fundamento conceitual, parte-se da distinção entre doença (*disease*) e adoecimento ou enfermidade (*illness*), originalmente proposta por Cassel (1976)⁷ e depois retomada por Kleinman, Eisenberg and Good (1978)⁹. Nessa perspectiva, a doença refere-se a alterações ou disfunção de processos biológicos, somáticos e/ou – de forma controversa – psicológicos, reconhecidos pelo saber biomédico. A categoria adoecimento incorpora a experiência subjetiva e a percepção individual relacionada a um problema de saúde potencial, incluindo elementos simbólicos particulares formadores dos significados criados pelo paciente para lidar com o processo de adoecimento.

Na leitura jamoulliana dos níveis de prevenção, a prevenção primária se estabelece em um contexto de consenso entre o paciente e o médico em torno do referencial culturalmente compartilhado sobre doença. Ou seja, ação preventiva realizada na ausência de enfermidade e na ausência de doença (alteração patológica), agindo sobre os indivíduos para evitar a ocorrência de uma doença antes que ela apareça, por exemplo, por meio de uma vacina ou uma dieta.



No segundo nível de prevenção, a doença está presente no plano biológico, porém, ainda não é (ou é discretamente) percebida pelo indivíduo acometido (*illness* ausente). Nesse nível, a ação preventiva tem como objetivo, por meio de algum método de rastreamento, a descoberta precoce de uma doença assintomática (ou pouco sintomática) e potencialmente grave, aumentando a sua chance de cura por meio de tratamento em um estágio inicial da doença.

No terceiro nível, o indivíduo se sente “doente”, percebe a enfermidade e sofre de alguma forma de incapacidade ou comprometimento funcional. Nessa fase, existe novamente um consenso entre o médico e o paciente quanto à presença de uma doença e de uma moléstia. O objetivo aqui consiste na reabilitação de um paciente atingido na sua funcionalidade, ajudando-o a reencontrar “uma posição útil para a sociedade, com a máxima utilização da sua capacidade restante”⁶ (p. 23); por exemplo, por meio de uma reabilitação sistemática após um Acidente Vascular Cerebral com consequências neurológicas.

No quarto nível de prevenção, ou seja, na prevenção quaternária, o paciente é sintomático (*illness* presente), porém, não há presença de doença (*disease*). Um exemplo de P4 poderia ser a aplicação da estratégia da “demora permitida” (acompanhamento cuidadoso sem intervir/*watchful waiting*) no caso de um jovem paciente saudável, sem fator de risco ou sintoma cardiovascular, mas que se preocupa com os seus níveis de colesterol.

Nesse referencial, pode-se definir sobremedicalização¹⁰⁻¹² (em inglês, *overmedicalization* ou *medical overuse*) como o conjunto dos procedimentos médicos que trazem mais prejuízos à saúde do que benefícios, inclusive abrangendo os (sub)conceitos de sobretratamento, sobrediagnóstico ou ainda sobrerastreamento muito utilizados em inglês (*overtreatment, overdiagnosis e overscreening*). Na situação descrita, se um medicamento para redução de colesterol fosse prescrito para uma pessoa jovem e saudável, representaria um exemplo típico de sobremedicalização.

Um exemplo concreto do uso de tecnologia desnecessária, cara e prejudicial à saúde é a dosagem do Prostate-Specific Antigen (PSA) no rastreamento do câncer de próstata. O PSA ainda é muito solicitado e essa prática é incentivada pela indústria biomédica, apesar dos grandes e robustos estudos com mais de cem mil participantes terem evidenciado que o rastreamento do câncer de próstata com PSA pode produzir incontinência ou disfunção erétil (malefícios) decorrentes de procedimentos desnecessários sem qualquer redução da mortalidade entre os homens rastreados¹³.

Estudos similares demonstram a inutilidade e os riscos potenciais do uso inadequado de exames complementares como métodos de rastreamento. A ultrassonografia da tireoide e o eletrocardiograma são outros exemplos de exames desnecessários – e sem base científica – frequentemente solicitados em consultas de *check-up*, em pacientes assintomáticos sem fatores de risco e que prejudicam a saúde dos pacientes^{14,15}. A mamografia, exame de rastreamento de câncer de mama recomendado em muitos países para as mulheres a partir dos cinquenta anos, também tem sido alvo de críticas similares baseadas em estudos robustos realizados em países que utilizam esse método há mais de uma década, como a pesquisa que analisou os dados do sistema de saúde holandês^{16,17}.

A ideia de um quarto nível de prevenção foi oficialmente reconhecida em 2003 pela World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), entidade que funciona como a Organização Mundial dos Médicos de Família. A partir desse momento, o conceito de P4 tem se ampliado, deixando de focar somente em situações nas quais há ausência de doença e presença de enfermidade, mas também incluindo a prevenção de todas as intervenções médicas desnecessárias, propondo alternativas terapêuticas eticamente aceitáveis¹⁸.

Um exemplo de estratégia efetiva de P4 é a campanha de Choosing Wisely, lançada pela Sociedade Americana de Clínica Médica em 2012¹⁹, que, ao divulgar uma lista de cinco procedimentos médicos desnecessários, produziu impacto positivo (benefício) nas decisões clínicas e os desfechos; além de ter sido replicada por múltiplas instituições médicas e de ensino mundialmente²⁰. Ademais, além da redução da morbimortalidade por causas iatrogênicas, a P4 permite também a otimização da alocação dos recursos disponíveis, o que representa uma vantagem não desprezível em um contexto no qual o financiamento da saúde representa um dos principais desafios atuais em nível mundial²¹.

Segundo Hespanhol *et al.*²², em termos populacionais, a relevância da P4:

[...] reside na resposta que dá ao crescimento dos gastos com cuidados de saúde e que consiste em proporcionar a racionalidade do tratamento, a utilização mais criteriosa dos recursos em saúde e finalmente a melhoria da qualidade do ato médico²². (p. 51)

Tecnologia, habilidades de comunicação e P4

Os progressos nas últimas décadas nas áreas genômica, bioquímica, de informática e de miniaturização de equipamentos médicos fomentaram expectativas crescentes na opinião pública em relação ao potencial dessas inovações tecnológicas para cura, controle e prevenção de doenças. Tornou-se cada vez mais frequente a utilização de tecnologias duras no processo de trabalho em saúde^{23,24}. Entretanto, em um plano mais geral, o uso intensivo dessas tecnologias não tem produzido melhorias significativas nos indicadores de morbimortalidade e, por outro lado, aumentou os custos e enfraqueceu a relação entre usuário e profissional de saúde, reduzindo a importância do vínculo terapêutico. Em contraposição, múltiplos estudos comprovam que uma abordagem centrada na pessoa reduz a superutilização de serviços de saúde, melhora a saúde mental e diminui a maioria dos sintomas dos usuários²⁵. Segundo Merhy e Feuerwerker²⁶, as habilidades de comunicação representam tecnologias leves que permitem a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse e a construção de vínculos de confiança. Esse modo de cuidado corresponderia a processos micropolíticos que operam como acontecimentos singulares e imprevisíveis *a priori*, nos quais o agir tecnológico se abre para um acontecer não tecnológico (território do que Merhy chama de “trabalho vivo em ato”).

Uma barreira suplementar na relação médico-paciente reside na tradição, representada por um contingente significativo de médicos, de não valorizar a comunicação, impedindo qualquer tipo de aliança terapêutica e adotando uma postura autoritária, paternalista, indiferente, controladora e arrogante²³. Esse tipo de relação resulta em distância excessiva entre médicos e pacientes, quando sujeitos que sofrem são atendidos de forma padronizada, com foco na doença, aplicando diretrizes e protocolos sem a devida adequação à situação concreta e singularidade de cada paciente, seja do ponto de vista biológico, social ou ainda de seu estilo de vida. Ademais, tais condutas se baseiam geralmente em tecnologias caras, potencialmente danosas e com efeito muitas vezes pouco significativo sobre os indicadores de sucesso terapêutico^{27,28}. Ao impor uma conduta prevista em protocolo padronizado, o médico se afasta do paciente, ao invés de se integrar e permitir que as subjetividades transitem livremente para efetiva humanização do cuidado²⁹. Segundo Teixeira³⁰, o “acolhimento dialogado” pode favorecer a “democracia viva em ato”, com relações mais simétricas entre pacientes e médicos.

Quanto aos eventos iatrogênicos, uma hipótese razoável é a de que estes não se apresentam de forma evidente porque ainda são pouco estudados, divulgados e discutidos nas instituições de ensino⁵. Nesse contexto de referência, a compreensão da P4 como tecnologia leve para o enfrentamento dos problemas de superutilização de serviços de saúde e epidemia de intervenções médicas excessivas pode significar uma etapa necessária para atingir os resultados esperados: melhorias significativas nos indicadores de sucesso clínico; e fortalecimento da relação entre usuário e profissional de saúde, ampliando a importância do vínculo terapêutico e aprimorando a alocação dos recursos da saúde³¹.

Por um novo paradigma educacional para as práticas médicas

Até o século XX, a Medicina conseguia impor as suas teorias e terapias, independentemente da sua eficácia, graças ao poder que lhe conferia o conhecimento científico em uma sociedade leiga³². O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) construiu sua hegemonia a partir dos grandes sucessos da Biomedicina da primeira metade do século XX^{33,34}. Hoje, os seus lucros colossais são garantidos por robustas estratégias de comercialização (*disease-mongering*) e *marketing*, com divulgação de informações que vangloriam suposta eficácia de produtos de “saúde”, o que obrigam os espíritos críticos a remar contra uma maré de informações e práticas enviesadas³⁵.

No sentido de enfrentar a problemática da sobremedicalização e iatrogenia e para alcançar um patamar de excelência nas práticas de saúde, Norman e Tesser (2009) propuseram que:

[...] o desenvolvimento e o ensino em larga escala da prevenção quaternária podem e devem se tornar um verdadeiro *front* estratégico da educação permanente no SUS [Sistema Único de Saúde] e na formação dos profissionais de saúde³⁶. (p. 2019)

Na primeira metade do século XX, quando os Relatórios Flexner, Welch-Rose e Goldmark transformaram respectivamente a formação profissional dos médicos, trabalhadores da Saúde Pública (sanitaristas) e da Enfermagem, nossas faculdades de Medicina ainda ofereciam modelos retóricos de formação. O Flexner Report (1910) desencadeou uma profunda reforma no ensino médico na América do Norte (Primeira Geração de Reformas da Educação Profissional em Saúde) que, estendendo-se a outros campos de conhecimento, consolidou a arquitetura curricular que hoje predomina na universidade dos países industrializados, tendo introduzido critérios de cientificidade e institucionalidade para a formação acadêmica e profissional^{37,38}.

O Modelo Flexner, que repercutiu tardiamente no Brasil (na implantação dos primeiros hospitais-escola nas décadas de 1930 e 1940, com farto financiamento da Rockefeller Foundation e dos departamentos de Medicina Preventiva nas décadas de 1960/70, no bojo de uma Reforma Universitária, substituindo as cátedras de Higiene), pode ser sintetizado nos seguintes termos:

- 1) Integração das faculdades de Medicina às universidades, fim das cátedras, adoção do tempo integral para os docentes das formações pré-clínicas e redução do número de alunos nas salas e enfermarias.
- 2) Integração capaz de superar a cisão entre modelos distintos de prática médica (integração entre clínica e laboratório) e valorização da Medicina “social e preventiva, mais que individual e curativa”³⁹.
- 3) Ensino com base científica, com pesquisa e estudos laboratoriais (“espírito científico moderno, caracterizado pelo método experimental”³⁹) e reorganização do conhecimento com base em abordagem disciplinar.
- 4) Formação universitária em áreas como as humanidades e a cultura, com uma educação geral para os médicos antes mesmo da formação profissional (tomando o *college* como pré-requisito de entrada na escola médica).
- 5) Utilização da vivência (“a educação médica deve envolver o aprendizado de como fazer, fazendo”³⁹) e da prática em “hospital sob controle educacional”³⁹ (hospital-escola) como modelo pedagógico³⁸.

Na segunda metade do século XX, uma segunda geração de reformas da educação profissional em saúde introduziu importantes inovações tanto nas nações industrializadas quanto naquelas em desenvolvimento – embora com atraso importante –, que podem ser sintetizadas nos seguintes termos:

- 1) Currículo integrador de disciplinas baseado na solução de problemas, “utilizando a melhor evidência disponível na tomada de decisão sobre o cuidado a pacientes, acrescida da experiência do médico e das preferências do paciente”³⁹ – Medicina Baseada em Evidências (MBE).
- 2) Valorização da pesquisa aplicada (se comparada à pesquisa básica).
- 3) Ensino centrado no aluno e baseado em pequenos grupos.
- 4) Aplicação da Problem-Based Learning (PBL), entre outras metodologias ativas de aprendizagem.

- 5) Exposição precoce dos estudantes aos pacientes e expansão do campo de prática do hospital para os serviços de base comunitária³⁹.

Desde seus primórdios, a MBE tem contribuído para ampliar a discussão sobre as relações entre ensino e prática da Medicina, assumindo um papel de destaque nas reformas curriculares no período pós-guerra, de tal modo que sua influência nos modelos de formação e nas práticas de cuidado em saúde hoje se manifesta significativamente. A MBE teve como patrono o médico escocês Archie Cochrane, pioneiro da Epidemiologia Clínica, da Microeconomia da Saúde e da Medicina Centrada na Pessoa. Tal como a conhecemos hoje, a MBE se estruturou no Canadá, na década de 1980, com a finalidade de promover a melhoria da assistência à saúde e reformar o ensino médico, tendo como figura emblemática o epidemiologista e clínico norte-americano David Sackett, principalmente por sua influência na reforma do ensino médico com o desenvolvimento do PBL³⁹.

Ao longo do século XX, assiste-se à substituição de conceituações antigas por outras, como a do paradigma do testemunho e da cura pelo das ciências básicas; e a substituição destas pelo paradigma da prática baseada em evidências. Assim, o que se pode assistir, nesse longo período em discussão, foi a sobreposição do novo ao antigo, ainda que houvesse pontos de resistência do paradigma anterior à sua plena superação por novas ideias e práticas.

Após a virada do milênio, a conjuntura atual tem sido marcada pela reorientação de conceitos científicos, pela rearticulação transdisciplinar do conhecimento e pela difusão de novos campos de saber. A produção de conhecimento em saúde ganha destaque e serve para indicar novas orientações à prática médica, “contribuindo para a consolidação de um novo paradigma para o século XXI”⁴⁰.

O paciente, ser complexo por definição, vai ganhando espaço no interior do campo médico. Estudos correlacionam aspectos sociais e ambientais, saúde e doença e colocam o paciente no centro das discussões sobre diagnóstico e tratamento. Enfatiza-se a história de vida e os achados clínicos na decisão sobre a melhor conduta. Uma vez que a relação médico-paciente não é linear ou estática, mas circular e dinâmica, aprofunda-se a criação de vínculos entre médico e paciente; essa interação tem sido considerada um ato de esforço cientificamente fundado, e não apenas a expressão voluntarista de uma atitude humanista⁴¹.

Para Pauli e White⁴⁰, novos rumos irão inevitavelmente repercutir em “*all of medicine and health care*”, mas alinham algumas condições para que a interação médico-paciente, discutida em fóruns e artigos, ganhe alento. Uma condição crucial, dizem eles, reside na cessão de espaço, pelos “tomadores de decisão curricular” e pela “elite acadêmica altamente especializada” a grupos de praticantes generalistas e representantes de outras profissões de saúde na busca de uma visão de mundo sintonizada com a realidade social.

Ao fortalecer a noção de uma prática pautada nas melhores evidências, favorece-se a noção da P4, para a qual faz-se necessária uma abordagem do cuidado clínico centrado na pessoa e na medicina baseada em conhecimento científico. No entanto, um entendimento aprofundado de Epidemiologia Clínica, envolvendo os numerosos vieses existentes desse tipo de abordagem, é necessária. Nessa perspectiva, movimentos

de integração ensino-serviço, como a MBE articulada ao PBL e atividades clínicas nos campos de práticas, têm contribuído para ampliar a discussão sobre as relações entre ensino, teoria e prática, assumindo papel de destaque nas reformas curriculares e nos modelos de formação no cuidado⁴⁰.

Entretanto, em quase todos os países, a formação de profissionais de saúde não tem conseguido superar sistemas de saúde disfuncionais e desiguais³⁷. Os problemas são sistêmicos e o colapso é especialmente perceptível nos cuidados primários de saúde, tanto nos países pobres quanto nos ricos. Também no Brasil, vários autores têm evidenciado o descompasso entre a formação profissional e as necessidades de saúde da população e da Reforma Sanitária, em curso: foco nos determinantes biológicos, na doença e no hospital; excessiva fragmentação disciplinar; superespecialização precoce; e desintegração entre ensino básico e profissionalizante⁴²⁻⁴⁷.

Nesse contexto, necessita-se, pois, de uma terceira geração de reformas profundas da Educação Profissional em Saúde para o Século XXI, sustentada em: educação interprofissional e baseada em equipes de aprendizagem; paciente e população como seu centro; currículo baseado em competências; mudanças nas metodologias de aprendizagem; aprendizagem assistida por Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC); habilidades de comunicação e de liderança política e administrativa; e reconhecimento da necessidade de mudanças. Em relação à organização curricular, essas recomendações são no sentido de construir um currículo baseado em competências e na aprendizagem em equipes e enfatizar a articulação dos conteúdos em grau crescente de complexidade por meio de estratégias de integração curricular (horizontal e vertical) e educação interprofissional, cuja necessidade cresceu devido a mudanças dos sistemas de saúde³⁷.

P4, ensino médico e desafios

A P4 representa um conceito complexo que envolve um remodelamento profundo das práticas de saúde, implicando o desenvolvimento de valores, qualidades, competências e conhecimentos pouco comuns, tais como habilidades de comunicação e cuidado centrado na pessoa²⁵; técnicas e saberes qualificados e sempre atualizados; espírito crítico e ética profissional, com um máximo de qualidade técnica e humana; e o mínimo de intervenção e dano possível²³. Para alcançar esse patamar, algumas transformações tornam-se necessárias na estrutura curricular dos cursos, nos conteúdos ensinados e nas metodologias pedagógicas.

Em seus objetivos, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, aprovadas em 2014, parecem integrar um esboço transformações sinalizadas anteriormente, tanto os itens da terceira geração de reforma da educação médica em saúde quanto o conceito de P4:

O graduando em medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença⁴⁸. (Art. 3º, p. 1)

Nesse sentido, abordando a reformulação das práticas de saúde a partir de uma perspectiva de P4, Gomes, Gusso e Jamoulle⁴⁹ propuseram uma panóplia ampla de conteúdos envolvendo atributos pessoais (ética, autoconhecimento); habilidades de comunicação e comunicação centrada na pessoa (comunicação, relação médico-paciente, defesa do paciente); ambiente profissional (segurança do paciente, resolução de problemas, melhoria de qualidade); informações (diretrizes e protocolos clínicos, apoio e informação ao paciente, apoio educativo e processo de supervisão); ciência (pesquisa, medicina baseada em evidência, leitura crítica, epidemiologia, estatística, número necessário para tratar / número necessário para rastrear); prevenção (filosofia, atividades preventivas); trabalho colaborativo (em equipe e desenvolvimento de parceria entre equipes clínicas); grupo de apoio ao paciente; e clínica (*disease-mongering*, morrer com dignidade, etc.). No texto de Gomes *et al.*⁴⁹, os autores sugerem que a P4 seja trabalhada a partir de metodologias ativas para favorecer o processo de ensino-aprendizagem, citando os seguintes métodos pedagógicos: trabalho em grupo (oficina/seminário, *brainstorm*, jogos e exercício, grupo Balint, aprendizagem baseada em projeto, tutoria, dramatização, prática de habilidades clínicas, etc.); trabalho individual (observação direta, vídeo, paciente simulado, análise de casos/problema, dramatização, etc.); e trabalho individual autodirigido (leitura, aprendizado baseado em projeto, reflexão e diário de aprendizagem)⁴⁹.

Norman e Tesser (2015), em um artigo sobre a operacionalização da P4, focaram a estrutura da consulta, de acordo com o modelo de consulta Calgary-Cambridge⁵⁰. Eles ressaltaram a importância de uma abordagem singularizada, centrada na pessoa, bem como os momentos cruciais do diagnóstico e do plano terapêutico, recomendando uma certa cautela, principalmente quando se trata de paciente oligo-sintomático, ou com sintoma indiferenciado. Esses dois momentos podem levar a raciocínios e condutas inadequadas e potencialmente iatrogênicas, já que a árvore decisória se afasta de um raciocínio anatomorfológico. Segundo eles, essas situações clínicas pouco diferenciadas, muito frequentes na Atenção Básica, devem priorizar uma abordagem dinâmica:

[...] considerando a pessoa como uma totalidade e unidade complexa cambiante cujos aspectos psicológicos, sociais, e biológicos são indissociáveis e interinfluenciáveis, embora com sintomas muitas vezes localizados⁵⁰. (p. 10)

Em termos de implementação, podemos citar duas novas escolas de Medicina – a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), do Recôncavo da Bahia (UFRB), e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), a mais antiga do Brasil –, que acompanharam as reformas curriculares de instituições de referência mundial (Oxford, Harvard, MacMaster, entre outras)⁴². De fato, tais escolas adotaram uma formação em Saúde

constituída por dois ciclos. O primeiro corresponde ao bacharelado interdisciplinar em Saúde, abordando de forma reflexiva conteúdos artísticos, humanísticos, científicos, políticos e sociais. Já o segundo ciclo não é organizado por disciplinas isoladas, mas por módulos que focam os aspectos clínicos relativos a ciclos de vida, permitindo paralelos com a prática médica e uma maior integração entre os componentes trabalhados. Esses temas são frequentemente tratados a partir de tutoriais ou de estágios práticos em campo, priorizando o SUS e a Atenção Primária à Saúde.

Esse tipo de arquitetura curricular, organizada em ciclos de formação nos quais prevalece o pluralismo pedagógico e o uso de tecnologias ativas de ensino-aprendizagem, promove os eixos fundamentais da P4, pois, conjuga uma visão global e integral dos indivíduos, cuja saúde decorre de diversos processos singulares e complexos, com um enfoque ético e político da saúde, envolvendo, por exemplo, as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e a necessidade de uma assistência de qualidade com equidade na abordagem individual e coletiva, transcendendo uma perspectiva reducionista que foca meramente os aspectos biológicos. De acordo com Almeida-Filho *et al.*:

O regime de ciclos abre uma possibilidade real de mudanças na preparação do profissional em saúde para o mundo contemporâneo, com a expectativa de fazê-lo participar da construção de um mundo onde prevaleçam princípios éticos de equidade e solidariedade⁴². (p. 340)

Considerações finais

Enquanto terceira causa de morte nos EUA e quinta na Europa, a iatrogenia clínica, intimamente ligada à sobremedicalização (*medical overuse*), vem se destacando como sendo um problema complexo e fundamental da Saúde Pública global e no Brasil. Essa problemática envolve questionamentos que visam múltiplos aspectos interdisciplinares da saúde: históricos (A Biomedicina é superior às outras ciências para responder às necessidades de saúde?), epistemológicos (Qual a qualidade das evidências científicas existentes e estas correspondem às situações clínicas vivenciadas?), financeiros (Quais são os interesses do CEIS e qual o seu papel na produção de evidências científicas; e na reflexão e tomada de decisão dos profissionais e dos usuários do sistema de saúde?), referentes a habilidades de comunicação (Como o profissional de Saúde pode integrar a singularidade biopsicossocial do paciente atendido nas decisões clínicas?), econômicos (Os recursos humanos e logísticos disponíveis são utilizados da forma mais efetiva e equânime possível?), entre outros.

Nesse contexto, a P4 apresenta-se como um elemento relevante, inovador e capaz de enfrentar efetivamente a problemática desafiadora da sobremedicalização. De fato, o conceito parte de uma abordagem sistêmica do processo saúde-doença, integrando a interface dialógica entre a perspectiva biomédica (*disease*) e a enfermidade (*illness*) com o objetivo principal de proteger os usuários, evitando ou atenuando “o intervencionismo médico excessivo” prejudicial à saúde¹¹ e permitindo uma distribuição mais justa e equânime dos recursos disponíveis ao evitar a realização de exames ou procedimentos desnecessários.

A educação profissionalizante, inclusive a educação médica, por ser um instrumento de qualificação dos futuros profissionais da saúde, constitui-se em um dos espaços de reflexões e debates necessários capazes de promover e alcançar mudanças de práticas e concretizar a implementação da P4. Pudemos observar que o ensino da P4 integra alguns elementos fundamentais destacados pelas reformas curriculares flexnerianas (que focam a importância das atividades práticas e da Saúde Pública) e da segunda metade do século XX (que focam a MBE, Medicina centrada na pessoa e integração da Atenção Primária à Saúde). Além disso, a P4 requer a implementação completa da terceira reforma da educação médica em saúde envolvendo conteúdos voltados para a interprofissionalidade, habilidades de comunicação e reconhecimento da necessidade de mudanças estruturais. Para atender a esse novo modelo de formação, o uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem é fortemente recomendado, pois favorecem a problematização, a autonomia do sujeito, a abordagem crítica das “verdades da ciência” e sua relação com situações práticas. Além disso, há necessidade de permanente avaliação e remodelamento constante dos currículos, no sentido de adaptar-se a uma realidade sanitária, social e tecnológica múltipla e dinâmica. Por esse motivo, outras estratégias pedagógicas e conteúdos podem ser sugeridos e desenvolvidos.

Assim, podemos concluir que a P4 pode tornar-se um elemento central da educação médica porque considera a complexidade das múltiplas competências desejadas para os profissionais da saúde, bem como compreende os eixos fundamentais de formação destacados neste trabalho: técnico; humanístico e comunicacional; e ético e político.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram de todas as etapas de concepção deste artigo.

Agradecimentos

Agradecemos à Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), pelo empenho na implementação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), que permitiu a elaboração do presente artigo.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).





Referências

1. Starfield B. Is us health really the best in the world? *JAMA*. 2000; 284(4):483-5.
2. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353:i2139.
3. Peer RF, Shabir N. Iatrogenesis: a review on nature, extent, and distribution of healthcare hazards. *J Family Med Prim Care*. 2018; 7(2):309-14.
4. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale. In: Berleur J, Labet-Maris CL, Poswick RF, Valenduc G, Van Bastelaer P, editors. *Les informagiciens*. Namur: Presses Universitaires de Namur; 1986. p. 193-209.
5. Depallens MA, Guimarães JMM, Almeida-Filho N. Quaternary prevention: is this concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. *Cad Saude Publica*. 2020; 36(7):e00231819.
6. Leavell HD, Clark EG. *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach*. 3a ed. New York: Mcgraw-Hill; 1960.
7. Cassel EJ. *The healer's art: a new approach to the doctor-patient relationship*. New York: Lippincott; 1976. p. 47-83.
8. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
9. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. 1978; 88(2):251-8.
10. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). *Descritores em Ciências da Saúde [Internet]*. São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; 2020 [citado 24 Maio 2020]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
11. Gérvas J, Pérez Fernández MP. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemochromatosis. *Aten Primaria*. 2003; 32(3):158-62.
12. Alber K, Kuehlein T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. *BMC Fam Pract*. 2017; 18:99-111.
13. U.S. Preventive Service Task Force. Final update summary: prostate cancer: screening [Internet]. Rockville: USPSTF; 2019 [citado 26 Maio 2020]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening1>
14. U.S. Preventive Service Task Force. Final update summary: thyroid cancer: screening [Internet]. Rockville: USPSTF; 2017 [citado 28 Maio 2020]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/thyroid-cancer-screening1>
15. U.S. Preventive Service Task Force. Final update summary: cardiovascular disease risk: screening with electrocardiography [Internet]. Rockville: USPSTF; 2018 [citado 29 Maio 2020]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cardiovascular-disease-risk-screening-with-electrocardiography>
16. Autier P, Boniol M, Koechlin A, Pizot C, Boniol M. Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the netherlands: population based study. *BMJ*. 2017; 359:j5224.
17. Autier P, Boniol M. Mammography screening: a major issue in medicine. *Eur J Cancer*. 2018; 90:34-62.



18. WONCA International Classification Committee. Wonca International Dictionary For General/Family Practice [Internet]. Bangkok: Wonca; 2003 [citado 24 Maio 2020]. Disponível em: <http://www.ph3c.org/ph3c/docs/27/000092/0000052.pdf>
19. Choosing Wisely Organization. History [Internet]. Philadelphia: Choosing Wisely Organization; 2020 [citado 10 Jun 2020] Disponível em: <https://www.choosingwisely.org/our-mission/history/>
20. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050. *Lancet*. 2019; 393(10187):2233-60.
21. Hespanhol A, Couto L, Martina C. A medicina preventiva. *Rev Port Clin Geral*. 2008; 24:49-64.
22. Tesser CD. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. *Mundo Saúde*. 2012; 36(3):416-26.
23. Coelho MA, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14 Supl 1:1523-31.
24. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CR, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
25. Merhy EE, Feuerwerker LMC. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS; 2009.
26. Angel MA. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer à respeito*. 2a ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.
27. Miguelote VRS, Camargo Jr KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(1):190-6.
28. Traverso-Yepez M, Moraes NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(1):80-8.
29. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):585-98.
30. World Health Organization. *Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO; 2010.
31. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
32. Gadelha CAG, Costa LS, Borges TR, Maldonado J. O complexo econômico-industrial da saúde: elementos para uma articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento. *Saude Debate*. 2012; 36:21-30.
33. Gadelha CAG, Costa LS, Maldonado J. O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. *Rev Saude Publica*. 2012; 46 Suppl 1:21-8.
34. Moynihan R, Cassels A. *Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. Vancouver: Greystone Books; 2005.
35. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(9):2012-20.



36. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.
37. Almeida-Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(12):2234-49.
38. Faria L, Oliveira-Lima JA, Almeida-Filho N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *Rev Hist Cienc Saude-Manguinhos*. Forthcoming 2020.
39. Pauli HG, White KL. Scientific thinking, medical thinking and medical education: questions derived from their evolution in the 20th century [Internet]. Geneva: Who; 1998 [citado 29 Maio 2020]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_2_3_02.pdf
40. Uexküll T von, Wesiack W. Scientific theory: a bio-psycho-social model. In: Uexküll T von. *Psychosomatic medicine*. München: Urban & Schwarzenberg; 1997.
41. Almeida Filho N, Santana LAA, Santos VP, Coutinho D, Loureiro S. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. *Rev Bras Educ Med*. 2014; 38(3):337-48.
42. Batista NA, Batista SHSS. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA, organizadores. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social*. São Paulo: Editora Unifesp; 2008.
43. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5):1400-10.
44. Costa MA. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):197-8.
45. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(1):21-30.
46. Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(6):1971-9.
47. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e da Outras Providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
48. Gomes LF, Gusso G, Jamouille M. Teaching and learning quaternary prevention. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-14.
49. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-10.



From a critical perspective that tackles the problem of overmedicalization, quaternary prevention (P4) emerged as an innovative concept, proposing alternatives to prevent iatrogenic events and to optimize healthcare costs. This essay provides a historical-conceptual review of P4 and of medical education models, aiming to understand how P4 can become a strategic element to remodel medical education. The article addresses conceptual aspects of P4, approaches medical education from a historical perspective, and shows the dynamic interconnections between P4, health practices and medical education. Finally, it explains the reasons why P4 can become a central element of medical education.

Keywords: Quaternary prevention. Iatrogenic disease. Medical education. Excessive use of health products and services. Public Health.

Desde una perspectiva crítica y de enfrentamiento a la problemática de la sobremedicalización, la prevención cuaternaria (P4) surgió como un concepto innovador, proponiendo alternativas para prevenir los efectos iatrogénicos y optimizar los costos de la salud. El presente ensayo se elaboró a partir de una revisión histórico-conceptual de la P4 y de los modelos de educación médica, con el objetivo de entender cómo la P4 podría constituirse como un elemento estratégico para remodelar la educación médica. El artículo profundiza aspectos conceptuales de la P4, aborda la educación médica a partir de una perspectiva histórica, señala las interconexiones dinámicas entre la P4, las prácticas de salud y la educación médica. Finalmente, expone los motivos por los cuales la P4 puede convertirse en un elemento central de la educación médica.

Palabras clave: Prevención cuaternaria. Enfermedad iatrogénica. Educación médica. Uso excesivo de productos y servicios de salud. Salud Pública.

Submetido em 05/09/19.

Aprovado em 28/06/20.

Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa


Comprehensive health care of teenagers by the Primary Health Care in the Brazilian territory: an integrative review (abstract: p. 17)

Atención integral a la salud del adolescente por la Atención Primaria de la Salud en el territorio brasileño: una revisión integradora (resumen: p. 17)

Reila Freitas Silva^(a)

<reilafs@hotmail.com> 

Elyne Montenegro Engstrom^(b)

<engstrom@ensp.fiocruz.br> 

^(a) Universidade Federal do Espírito Santo. Rua Arthur Czaratoryski, 120, apt. 501, Jardim da Penha. Vitória, ES, Brasil. 29060-370.

^(b) Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

A adolescência, fase de transformações biopsicossociais, requer da Atenção Primária à Saúde (APS) um modelo de cuidado à saúde abrangente, integral e promotor da saúde e da autonomia, aspectos abordados nesta revisão. Objetivou-se sistematizar experiências de cuidado ao adolescente pela APS. Realizou-se uma revisão integrativa nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e Biblioteca Eletrônica Científica Online, selecionando-se 21 artigos publicados entre 2008 a 2019. Os dados foram interpretados pela análise temática de conteúdo. Observaram-se estigmas no cuidado ao adolescente; lacunas na formação profissional; acolhimento centrado na enfermagem; fragilidades dos vínculos; escassez de recursos estruturais e humanos; ações educativas, porém normativas; fragmentação das práticas; e barreiras de acesso à rede de saúde e intersetorial. Conclui-se, portanto, que, para alcançar um cuidado ampliado, é preciso repensar as práticas e dar voz ao adolescente.

Palavras-chave: Adolescente. Atenção Primária à Saúde. Profissionais de saúde. Práticas educativas. Autonomia.

Introdução

A promoção da saúde ao adolescente está além da prevenção de comportamentos de risco, envolvendo aspectos vinculados à qualidade de vida, satisfação pessoal, desenvolvimento de competências sociais, proteção contra violência, acesso às condições básicas de vida, moradia, educação, lazer, saúde, entre outras¹.

Apesar de políticas públicas para melhoria das condições de saúde dos adolescentes nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), estudos mostram práticas fragmentadas, baseadas no modelo biomédico, que não consideram as dimensões biopsicossociais no cuidado e são pouco direcionadas às singularidades dos adolescentes². Tais pressupostos merecem ser aprofundados, a partir do conhecimento das práticas dos profissionais de saúde, especialmente na APS, considerando que estas devem traduzir um modelo de atenção ampliado, que incorpore modos de cuidar permeados por valores, conhecimentos e comportamentos culturais que influenciem diretamente nas práticas de saúde. Esse modelo ainda é um desafio para a APS no desenvolvimento de ações integrais³.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica⁴, do Ministério da Saúde, preconiza que a Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolva-se como modelo de atenção que reorienta práticas de saúde, exercendo os atributos essenciais de porta de entrada principal para o SUS – ou seja, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado⁵⁻⁷. Tal arranjo organizativo (ESF) foi flexibilizado em normativa de 2017, reconhecendo-se que, além da ESF, é possível outras modalidades de equipes de Atenção Básica (AB), composta por generalistas e, muitas vezes, sem a presença do agente comunitário de saúde, além de equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf).

Apesar dos avanços na expansão de cobertura da APS no país, ainda persistem desafios quanto à qualidade da atenção à população adolescente, que ainda encontra muitas barreiras de acesso aos serviços de saúde, já que, em muitos cenários, os profissionais enfrentam condições adversas de trabalho, excesso de população cadastrada, poucos recursos, além de profissionais não capacitados para práticas clínicas ampliadas, que incluam a prevenção de agravos e a promoção da saúde.

O conceito de clínica ampliada refere-se ao cuidado como gerador de autonomia, de corresponsabilização entre usuários e profissionais de saúde e de criação de espaços que facilitem o acesso e o vínculo com os serviços de saúde^{8,9}, de modo a produzir saúde com práticas centradas na integralidade, nas singularidades, no contexto dos usuários e em suas relações com família, ambiente e a rede que o cerca^{9,10}. Baseia-se também em relações que propiciem a elaboração de projetos terapêuticos e o estabelecimento de profissionais de referência que se tornarão peças fundamentais na construção do cuidado dos adolescentes¹¹.

Nesta revisão, realizou-se uma abordagem analítica qualitativa e integrativa da literatura, cujo objetivo foi sistematizar, a partir da literatura brasileira, experiências nacionais de atenção integral ao adolescente pelos serviços da APS, suas especificidades e barreiras.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa que tem por objetivo fornecer informações abrangentes sobre o evento estudado, podendo influenciar na tomada de decisão e na melhoria da prática clínica, além de apontar lacunas no conhecimento. O método é confiável e facilita a utilização do conhecimento científico já que condensa os resultados de várias pesquisas, tornando-os mais acessíveis ao leitor¹².

As etapas desta revisão seguiram o rigor científico estabelecido na literatura, a saber: definição da pergunta norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão; seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas; categorização; avaliação dos estudos incluídos; análise; interpretação dos resultados; e relatório final¹²⁻¹⁴.

A pergunta norteadora do estudo foi: a APS tem ofertado cuidado aos adolescentes de forma ampliada e compartilhada, buscando o cuidado integral, o estímulo à autonomia e a corresponsabilização desses sujeitos? Para respondê-la, buscaram-se artigos científicos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), publicados entre 2008 a 2019, período escolhido propositalmente para abranger estudos realizados após a criação de políticas públicas importantes para o avanço nos cuidados do adolescente brasileiro, como a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens”, em 2006; “Programa Saúde na Escola (PSE)”, em 2007; “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde”, em 2010, entre outras^{4,15-18}.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2008 a 2019; nos idiomas português, inglês ou espanhol; e com temas afins – práticas de cuidado aos adolescentes pelos serviços/profissionais de saúde da APS no Brasil, acesso, promoção de saúde e articulação APS-rede. Os critérios de exclusão foram: apresentação insuficiente de resultados, data de publicação incompatível e temáticas não contempladas no objetivo. Na tabela 1 constam os descritores usados nas buscas e o número de artigos encontrados. No fim da seleção, restaram 21 artigos para extração de dados e análise final.

Os dados foram interpretados pela análise temática de conteúdo, metodologia que procura descrever e interpretar dados oriundos dos mais diversos documentos. Um mesmo texto possui vários significados e pode ser visto sob diferentes perspectivas; portanto, cabe ao pesquisador captar os sentidos simbólicos que cada texto traz, dando sua interpretação pessoal¹⁹. Bardin²⁰ define análise de conteúdo como um conjunto de técnicas que, ao serem aplicadas de forma sistemática sobre uma determinada mensagem ou texto, permitem ao pesquisador fazer inferências sobre eles. Nesta revisão, foram seguidas as etapas sugeridas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação²⁰.

Na pré-análise, foi feita uma leitura dos títulos e resumos, com seleção dos artigos que comporiam o *corpus* da análise (quadro 1). Em seguida, na fase exploratória, aprofundou-se na leitura na íntegra dos artigos, guiada pelas hipóteses e referencial teórico da clínica ampliada e compartilhada. Foram definidas as unidades de significado e, posteriormente, submeteu-se à categorização^{20,21}. As unidades de significado escolhidas foram temas

que remetiam ao cuidado do adolescente em uma perspectiva ampliada e compartilhada⁸⁻¹⁰ (Quadro 2). Na fase de tratamento dos dados, surgiram as categorias e eixos temáticos descritos no quadro 2. Este desenho de estudo dispensou a apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Tabela 1. Estratégia de busca

Descritores	Número de artigos selecionados	
	BVS	SciELO
Adolescente AND Atenção Primária OR Saúde da Família	46	41
Adolescente AND Práticas educativas AND Autonomia	21	16
Adolescente AND Práticas educativas OR Promoção de Saúde	69	16
Seleção pelo título	136	73
Seleção após leitura do resumo	26	11
Seleção final após leitura dos textos na íntegra e exclusão dos repetidos	21	

Quadro 1. Pré-análise – visão geral dos artigos

Número da referência	Ano	População	Local	Abordagem	Instrumento de coleta
2	2013	Profissionais de saúde	Centros de saúde – Distrito Federal (DF), Centro-Oeste	Qualitativa	Entrevistas
22	2014	Agentes comunitários de saúde (ACS)	ESF – Iguatu, CE, Nordeste	Qualitativa	Entrevistas
23	2015	Enfermeiros	ESF – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Dinâmica e entrevista
24	2010	Profissionais de saúde	ESF – Viçosa, MG, Sudeste	Qualitativa	Entrevista
25	2017	Profissionais de saúde	CAPSi e ESF – Rio de Janeiro, RJ, Sudeste	Qualitativa	Banco de dados, grupo focal e grupo de intervenção
26	2011	Enfermeiros	Unidade Básica de Saúde (UBS)/ESF – Maringá, PR, Sul	Quantitativa	Entrevistas
27	2008	Profissionais de saúde	Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vitimizados – Ribeirão Preto, SP, Sudeste	Qualitativa	Entrevistas, observação e análise de documentos
28	2016	Enfermeiros e mães adolescentes	UBS/ESF – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Observação sistemática e entrevista
29	2009	Profissionais de saúde e adolescentes	UBS/ESF – Vitória, ES, Sudeste	Quantitativa	Observação direta

Continua.



Número da referência	Ano	População	Local	Abordagem	Instrumento de coleta
31	2012	Adolescentes	Centro Municipal de Educação e Saúde – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Grupo focal
32	2012	Gestores e enfermeiros	UBS/ESF – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Entrevista
33	2012	Adolescentes	Centro de Saúde e Centro Educativo – São José, SC, Sul	Qualitativa	Oficina, observação participante e entrevista
34	2012	Mulheres da comunidade e profissionais de saúde	Comunidade e UBS – São Paulo, SP, Sudeste	Qualitativa	Rodas de conversa e observação
35	2009	Gerente da ESF e profissionais de saúde	UBS – São Paulo, SP, Sudeste	Qualitativa	Observações e entrevistas
36	2012	Adolescentes, gestores e profissionais de saúde/funcionários	UBS/ESF – São Paulo, SP, Sudeste	Qualitativa	Observação e entrevista
37	2013	Adolescentes	Comunidade terapêutica – interior do Rio Grande do Sul, RS, Sul	Qualitativa	Oficinas pedagógicas
38	2012	Gestores municipais de saúde e profissionais de saúde	UBS/ESF – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Entrevista
39	2016	Enfermeiras	ESF – São Paulo, SP, Sudeste	Qualitativa	Entrevistas
40	2015	Equipes de Saúde da Família	ESF – Brasil	Quantitativa	Dados secundários (PMAQ)
41	2012	Gestores e enfermeiros	UBS – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Entrevista
44	2019	Pessoas da comunidade	ESF/UBS – Camaçari, BA, Nordeste	Quantitativa	Questionário

**Quadro 2.** Unidades de significado que deram origem às categorias/subcategorias

Categorias	Subcategorias	Unidades de significado	Número das referências
O profissional de saúde e a atenção ao adolescente	Visão dos profissionais sobre a adolescência	Desconhecimento sobre a adolescência ou "falta de olhar diferenciado"	22, 23, 24,25
		Visão negativa/estigmatizada/preconceituosa/baseada em vivências pessoais	22, 23, 24, 26, 27,28
	Acolhimento e vínculo	Focado no enfermeiro	22, 26, 29, 32
		Limitado a atendimentos individuais/palestras/consultas	32, 36
		Estabelecimento de vínculo/relações de confiança/ser acolhedor	22, 24, 26, 28, 31, 32
	Formação profissional	Falhas na formação	24, 25, 26, 29, 38, 39, 40, 41
		Desconhecimento das políticas públicas ou não colocar em prática	2, 24, 26, 39
A influência do serviço de saúde na atenção ao adolescente	Barreiras de acesso	Alta rotatividade de profissionais	25, 32
		Falta de recursos humanos e estruturais	2, 26, 29, 32, 37, 39
		Filas, demora para marcar consultas	28, 29, 31, 34, 44
		Desmotivação/desinteresse dos profissionais	29
		Desconhecimento dos adolescentes adscritos	22, 32, 36, 41
		Motivos de procura dos adolescentes pela ESF ou baixa procura	22, 23, 24, 26, 28, 33, 36, 38, 44
		Dificuldade para atender o adolescente	22, 23, 24, 25, 26, 38
		Falhas no acolhimento/relações	22, 26, 27, 28, 29, 31, 32 34, 35, 36, 37
		Sobrecarga de trabalho	2, 24, 28, 39, 41
		Atitudes dos profissionais: autoritarismo, rispidez, ameaças, etc.	27, 28, 31, 35
	Práticas/ações de promoção de saúde	Ações específicas para adolescentes raras ou inexistentes/Ausência de projeto terapêutico	24, 29, 31, 35, 36, 38, 41
		Planejamento em equipe multiprofissional com participação do adolescente	2, 22, 23, 24, 26, 29, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 41
		Fragmentação na atenção/descontinuidade das ações/desacordo com as políticas públicas	2, 23, 25, 27, 29, 36, 38, 41
		Práticas dialógicas gerando autonomia/corresponsabilização	22, 23, 24, 28, 29, 31, 32, 33, 37, 38, 41
		Fatores ligados ao atendimento: sigilo, julgamentos, linguagem	22, 24, 26, 28, 29, 36, 44
		Práticas focadas no modelo biomédico	2, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 36, 38
		Práticas disciplinares/normativas/transmissão unilateral de conhecimentos	28, 35, 36, 37, 38
Integralidade da atenção/visão ampliada	2, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 35, 36, 38		
A importância da rede de saúde e intersetorial na atenção integral	Intersetorialidade	Articulação da rede/diálogo/intersetorialidade	2, 25, 26, 33, 36, 38
		Desconhecimento da rede/falhas no matriciamento/carência de profissionais	24, 25
		Escola como promotora de saúde/Programa Saúde na Escola	2, 23, 38, 40

Resultados

A distribuição temporal e por região do país está descrita no quadro 1. Em relação ao desenho do estudo, três foram estudos epidemiológicos (inquérito = 2 e ensaio de campo = 1), 17 utilizaram metodologia qualitativa e um estudo adotou ambas as metodologias (inquéritos e pesquisa social). Sobre a seleção dos participantes (adolescentes, profissionais de saúde ou população em geral), um estudo foi de base comunitária ou populacional, 16 estudos fizeram seleção a partir de serviços de saúde ou sociais (ESF/eAB = 9, Escola = 1, comunidades terapêuticas/abrigos = 2, em mais de um serviço = 4) e quatro estudos incluíram participantes tanto de base comunitária quanto dos serviços de saúde ou dados provenientes desses serviços (quadro 1). Houve, no ano de 2012, uma frequência maior de publicações, fato talvez impulsionado pela publicação de normativas federais para a saúde de adolescentes¹⁸ e mesmo pela revisão da política de Atenção Básica.

O profissional de saúde e o cuidado ao adolescente

Visão sobre a adolescência

Entre o universo estudado, observou-se a falta de um “olhar diferenciado” para as particularidades da adolescência²⁵, que os profissionais de saúde desconhecem ou mesclam conceitos do senso comum e científicos para se referir à adolescência como parte do ciclo de vida²²⁻²⁴, sendo que alguns deles possuem uma visão negativa ou preconceituosa dessa fase, repleta de julgamentos, o que constitui uma importante barreira para o cuidado aos adolescentes^{22-24,26,27}. Houve a percepção de que uma visão distorcida, estigmatizante ou preconceituosa sobre adolescência influencia negativamente nas práticas de cuidado^{22,28}, uma vez que pode afastar o profissional desses usuários e prejudicar o estabelecimento de vínculo entre eles²⁸. Percebeu-se em um dos estudos a falta de motivação dos profissionais para lidar com adolescentes, demonstrada pela presença dos profissionais nas atividades, ora alheios, ora apenas observando, sem participar das ações²⁹.

Adjetivos como “arredios” e “defensivos” foram usados para caracterizar o adolescente²⁴. Destacou-se a projeção da vivência pessoal sobre os conceitos que os profissionais têm sobre a adolescência^{22,23}. Embora caracterizassem a adolescência negativamente – como uma fase difícil, de conflitos^{22,24}, complicada, de inseguranças, de incertezas²², de posturas irresponsáveis e de incapacidade de tomar decisões de forma reflexiva²³ –, alguns profissionais compreenderam que essa fase não se constitui apenas de transformações biológicas e, portanto, merece um atendimento diferenciado^{22,24}. Tais concepções podem representar barreiras no atendimento aos adolescentes e na construção de projetos terapêuticos, como pode ocorrer na ideia de que a comunicação é difícil, eles são rebeldes, não se importam com a própria saúde e que não seguirão o tratamento proposto.

Acolhimento e vínculo

O acolhimento constitui as relações de cuidado entre os trabalhadores de saúde e os usuários. Esse termo dispõe sobre como o serviço se organiza para receber o usuário e como o acesso a esses locais pode ser facilitado, evidenciando que há vários modos de acolher: seja por meio de escuta; de disponibilidade de recursos e serviços; e de tentativa de atender a uma necessidade de saúde do usuário, seja no campo biológico ou subjetivo.

Acolher significa prestar um atendimento humanizado e garantir maior resolutividade possível, gerando, assim, satisfação e bem-estar para o usuário^{30,31}. Cinco artigos enfatizaram a importância dessa atitude^{22,24,28,32,33}. A escuta foi destacada como fundamental para a aproximação do profissional com o usuário^{22,24,28,31}, sendo que um acolhimento adequado destacou-se como instrumento para gerar vínculos e possibilidade de o profissional conhecer as particularidades e demandas de cada sujeito, melhorando, assim, a assistência prestada^{22,24,28,31,32}.

Os adolescentes apresentaram reclamações relativas aos profissionais^{27,31,34}, como pouco tempo para conversar sobre questões subjetivas³⁴, que muitas vezes são “estressados”, “mal-humorados”, “ignorantes” e “não escutam”^{27,31}. Além disso, foi observado que as consultas se resumiam à prática prescritiva^{27,31,34,35}. Foram citadas posturas que atrapalham o acolhimento^{27,31}, como atitudes autoritárias relatadas como “sermão”²⁸ e “tom ameaçador”³⁵, além de práticas baseadas em uma visão disciplinar e normativa, sem espaço para o diálogo/escuta³⁵⁻³⁷.

Houve relatos de problemas no acolhimento e porta de entrada do serviço, desde a marcação de consultas até no relacionamento com os profissionais, gerando insatisfação e sentimento de desvalorização no usuário³¹. Ressaltou-se a importância da qualidade do acolhimento durante todos os momentos em que o cuidado é ofertado³² e de uma relação entre profissional e usuário pautada no respeito, na confiança e na criação de vínculos, para que o adolescente possa se expressar sem ser julgado^{22,24,26,28}.

Quando existia, o acolhimento limitava-se a ações pontuais, como marcação de consulta, palestras e conversas de forma individual, sem um planejamento e envolvimento da equipe^{32,36} e muitas vezes focadas na figura do enfermeiro^{22,26,29,32}. Um dos estudos, ao contrário, mostrou interação entre a equipe multiprofissional, porém, com ênfase na atuação do enfermeiro, dos ACS, da psicóloga e da assistente social²⁶.

Atitude positiva no acolhimento de mães adolescentes foi observada em um dos estudos, havendo escuta e o respeito²⁸. Em outro, enfatizou-se o trabalho dos ACS²². Cabe ressaltar a importância dos ACS no cuidado aos adolescentes, na organização dos serviços da APS e como profissionais que fortalecem o modelo de atenção integral e ampliado. Os ACS se mostraram empenhados no cuidado, destacando-se como promotores de saúde, com respeito aos modos de vida e à cultura das famílias e comunidades, no fomento aos processos emancipatórios e de autonomia dos adolescentes^{22,32}.

Relatos de adolescentes revelaram relações superficiais/vínculos frágeis entre eles e os profissionais das equipes de AB: muitos não conheciam os profissionais, não sabiam seus nomes, nem a função de cada um deles na unidade de saúde;³¹ havia também distanciamento entre adolescentes e profissional de saúde e ausência de desenvolvimento em equipe de projeto terapêutico singular^{31,35,36}. Estudos reforçam a necessidade de

maior aproximação entre usuários e profissionais de saúde^{22,28} e ampliação do conceito de cuidado, migrando do campo biomédico para um olhar sobre o subjetivo, o social e a individualidade de cada sujeito^{27,36}, superando-se, assim, a fragmentação do cuidado, em busca da integralidade nas ações³⁵.

Formação profissional

Observaram-se dificuldades por parte de profissionais em suas práticas com os adolescentes na APS^{22-26,38}, muitas vezes justificadas pelo desconhecimento de aspectos relacionados à adolescência, além de lacunas na formação^{25,26,39}. Os estudos reforçaram a importância da capacitação profissional^{24,26,29,38-40} e educação permanente^{24,40}. Houve relato de que a incipiente formação dos profissionais para uma abordagem ampliada e biopsicossocial diminuiu a resolutividade da APS, possibilitando o aumento da demanda por especialistas²⁵ ou por outros serviços como porta de entrada à saúde³².

Poucos profissionais que atuam na APS tinham formação específica para o cuidado ao adolescente^{38,41}. Houve relato de falta de tempo para participar de programas de capacitação devido à sobrecarga de trabalho³⁹. Essa carência de capacitação poderia ser atribuída a currículos acadêmicos deficientes em temas voltados à saúde do adolescente que, quando presentes, são focados em assuntos relacionados à sexualidade e à prevenção de doenças²⁶. Discutiu-se também a formação pautada no modelo biomédico, em que os profissionais aprendem a ser transmissores de conhecimentos ao invés de estabelecerem práticas dialógicas³⁸.

Foram mencionados também o desconhecimento, por parte dos profissionais, das políticas públicas existentes para o cuidado integral ao adolescente^{24,39} e que a existência dessas políticas não é garantia de que estas sejam aplicadas na prática^{2,26}.

Serviço de saúde e cuidado ao adolescente

Barreiras de acesso

O conceito ampliado de acesso relaciona-se às condições dos usuários e dos serviços, em equilíbrio entre oferta, demanda e necessidades; portanto, o acesso é o grau de ajuste do usuário com o sistema de saúde⁴². Alguns autores definem acesso como o percurso do usuário na busca de solução para suas necessidades, a porta de entrada nos serviços e o local de acolhimento desse usuário⁴³.

Fragilidades em qualquer dessas dimensões podem influenciar negativamente o funcionamento dos serviços, na qualidade da assistência prestada, bem como na satisfação do usuário e em sua adesão às práticas de saúde, levando-o a procurar outros substitutos, como hospitais, perdendo, assim, o sentido da APS como porta de entrada⁴².

Para efetuar o cuidado aos adolescentes pela APS, diversos artigos destacaram a escassez de recursos humanos e físicos, como material didático-pedagógico^{2,26,29,32,37,39}. Dois artigos afirmam que a falta de recursos materiais não pode se tornar uma justificativa para a não realização de atividades com os adolescentes^{26,37}, já que o processo educativo tem como principais protagonistas o educador e o educando³⁷.

Observou-se como barreiras para o cuidado do adolescente a falta de planejamento dos gestores⁴¹, a sobrecarga de trabalho e pouco tempo disponível na unidade de saúde^{2,24,28,39,41}. Alguns profissionais referiram insatisfação com a gestão, que prefere “números”, ou seja, um grande volume de pessoas atendidas à qualidade no atendimento⁴¹.

Outro ponto crítico é o desconhecimento do número de adolescentes adscritos no território, o que impossibilita a busca ativa e acompanhamento deles^{22,32,36,41}. Alguns autores referiram que há pouca procura dos adolescentes pela APS^{23,24,26,33,38}, ou que procuram quando há uma demanda específica, como busca por preservativos, anticoncepcional, pré-natal, etc.^{22,28,36,44}. Os profissionais justificaram este fato pelos sentimentos de “invulnerabilidade” e “imortalidade” que alguns jovens trazem consigo⁴⁰. Vale ressaltar que a vulnerabilidade dos adolescentes não se limita estritamente a características próprias dessa fase da vida, nem apenas à ausência de doença e prevenção de comportamentos de risco, mas relaciona-se também a aspectos vinculados ao modo como eles vivem e compreendem o que é saúde e doença, o contexto social, econômico, político e histórico em que se encontram¹⁸.

Foram citadas como barreiras de acesso as filas de espera^{28,29,44}, a dificuldade para atendimento^{28,31}, a demora para marcação de consultas^{31,34,44}, a falta de privacidade²⁸, a alta rotatividade de profissionais^{25,32} e o perfil “materno-infantil” do serviço, não atrativo para adolescentes³⁸.

Embora todos esses fatores possam influenciar na relação do adolescente com os serviços de saúde, um dos estudos destacou que não é possível afirmar se a ausência do adolescente nos serviços de APS ocorre por baixa oferta de serviços ou porque o adolescente não procura as unidades, já que esses fatores estão interligados³³.

Práticas de promoção de saúde

A promoção de saúde (PS) amplia o conhecimento, o autocuidado e autonomia; e pode colaborar para o enfrentamento de determinantes sociais de saúde⁴⁵; estimulando a própria comunidade e indivíduos a participarem da tomada de decisões e de planejamentos de políticas públicas⁴⁵.

Nos planos de cuidado, os usuários devem ser vistos em suas singularidades, compreendendo que o adoecer não relaciona-se apenas à doença, mas também a fatores ligados às dimensões física, mental e social⁸. No entanto, essa prática não é possível com a clínica tradicional focada na cura e na obediência do usuário às prescrições médicas, sem que ele participe do processo. Ao contrário, é preciso valorizar a escuta, as questões subjetivas e a individualidade dos casos, sem esquecer da coletividade; e trabalhar a corresponsabilização dos sujeitos com a própria saúde⁸.

Grande parte dos serviços de APS não possui atividades específicas para adolescentes – ou, quando existem, são pontuais^{24,29,38,41} – e a compreensão de PS é reduzida à prevenção³⁸, geralmente voltada a atendimentos clínicos, com questões ligadas à sexualidade (prevenção de doenças sexualmente transmissíveis) ou ao uso de drogas^{23,24,31,36,38}.

Alguns motivos para a não realização de atividades específicas para os adolescentes são a deficiência na capacitação dos profissionais^{2,24,26,29,32,38,39} e a sobrecarga de trabalho^{2,24,39}. Percebeu-se que está bem estabelecida a rotina para outros grupos

como hipertensos, gestantes, puericultura, diabéticos, etc.; e que esses grupos são aproveitados para encaixar os adolescentes; por exemplo, o pré-natal de mães adolescentes ocorre junto com o de mulheres adultas^{24,28,29,36,38,41}. Os assuntos abordados nesses grupos, muitas vezes, não são de interesse do adolescente ou não suprem as suas expectativas³³; nesse contexto, os profissionais têm uma postura normativa e disciplinar^{28,35,36,38}, o que acaba por afastá-lo das atividades.

Em síntese, os estudos afirmaram que a abordagem ao adolescente precisa ser acolhedora^{22,28,36,44} e destituída de julgamentos e valores morais^{24,26,29,36}. Deve-se respeitar os direitos do adolescente^{24, 26, 28} e garantir o sigilo^{26,36}. Para um atendimento integral ao adolescente, deve-se ampliar o campo de atuação^{24,31,36,38}, migrando de intervenções meramente biológicas, focadas em doenças, para uma prática que enxergue a subjetividade desses sujeitos^{2,22,24,31}, o contexto em que estão inseridos^{2,22,26,38} e as demandas individuais que cada um traz^{26,31,32,38}. Ou seja, deve-se considerar as dimensões psicossociais, políticas e coletivas^{2,22,23,26,38}.

O profissional de saúde, portanto, pode construir vínculos e promover autonomia nos usuários^{22,28,31,32} se houver práticas emancipatórias, as quais formem sujeitos críticos e capazes de tomar decisões sobre sua saúde^{22,26,29,31-33,37,38}. Para garantir a integralidade do atendimento ao adolescente, seria necessário o desenvolvimento de ações interdisciplinares com equipe multiprofissional^{2,22,24,26,29,31,32,36,38,41}. As atividades deveriam dar espaço ao diálogo, contar com a participação do adolescente no seu planejamento e abordar a integralidade dos sujeitos por meio da promoção de saúde, e não apenas da prevenção de agravos e doenças^{22-24,29,31-33,37,38,41}. O cuidado ao adolescente na APS ainda é fragmentado^{25,29,38,41}, já que, muitas vezes, não tem continuidade e as práticas são desarticuladas das políticas públicas, assistencialistas, descontextualizadas e focadas na doença^{2,23,27,36,38}.

Embora a maioria dos estudos tenha revelado que o adolescente não participa ativamente da elaboração de atividades desenvolvidas pelos serviços de APS, alguns obtiveram resultados positivos^{22,24,29}. Um deles mostrou a participação dos adolescentes no planejamento das atividades, na escolha dos temas das reuniões e na criação de um espaço para discussão, o que levou a um maior interesse e envolvimento dos jovens nesse processo. Também se observou que a equipe usava material didático em suas atividades, o que não era a realidade de vários outros serviços²⁹. Em outros dois estudos^{22,24}, os profissionais trabalhavam com um diálogo descontraído, respeitando o direito do adolescente de ser atendido sozinho e realizando uma escuta sem julgamentos, atendendo às demandas individuais^{22,24}.

Um estudo evidenciou amplo acesso de jovens à ESF e que esta respondia às necessidades de saúde dos adolescentes, com atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos⁴⁴. Outro também demonstrou ações promotoras de autonomia³².



A rede de atenção ao adolescente

Intersetorialidade

A intersetorialidade é a articulação entre distintos saberes que juntos possibilitam a resolução de situações complexas, rompendo com a fragmentação das políticas. Ou seja, pressupõe a integração da saúde, educação, assistência social, meio ambiente, transporte, infraestrutura urbana, segurança, economia, política/governo, etc.⁴⁶. Essas ações integradas permitem um olhar amplo sobre fatos e pessoas; interação e diálogo da rede; e, conseqüentemente, maior resolutividade de problemas da população de um determinado território⁴⁷; por isso, esse tipo de ação é tão importante para o setor da saúde.

Estudos evidenciaram a escola como um ambiente de grande potencialidade para o desenvolvimento de ações de saúde^{2,23,38,40} e alguns profissionais demonstraram não enxergar outros locais para promoção de saúde que não seja a escola³⁸. Embora os estudos tenham colocado a instituição educacional como ambiente prioritário para educação em saúde, destacaram-se ações pontuais, muitas vezes sem continuidade, e focadas em atividades preventivas^{2,38}.

Outros locais como igrejas, núcleos de ação social, indústrias, empresas, universidades, Nasf, entre outros, são sugeridos como espaços de comunicação intersetorial que podem ser usados para práticas de promoção de saúde^{26,33,38}.

Observou-se que os profissionais desconhecem a rede e seu modo de funcionamento, e, por isso, muitas vezes não conseguem dialogar e compartilhar cuidados com essa rede intersetorial, o que gera sentimentos de desamparo e impotência. Apesar de reconhecerem que ações mais efetivas ocorrem quando elas são compartilhadas, desacreditam que é possível a articulação com a rede²⁵. As equipes têm carência de profissionais como psicólogo e assistente social, figuras importantes para desenvolvimento de ações integrais com adolescentes²⁴. O apoio matricial é um dispositivo para ampliar as ações com os adolescentes, porém, em vez de auxiliar na resolutividade dos casos na APS, muitas vezes atua como triagem para encaminhamentos a especialistas²⁵.

Para alcançar a integralidade dos sujeitos e maximizar a resolução de problemas, admite-se que as práticas de saúde para o adolescente não podem se restringir apenas a alguns pontos da rede de atenção à saúde, mas deve-se valorizar as ações intersetoriais, explorando os diversos espaços frequentados por ele e todas as potencialidades da sua comunidade e da rede de saúde⁴⁷.

Considerações finais

Esta revisão explicita lacunas no cuidado do adolescente pela APS, razão pela qual algumas mudanças são necessárias para melhoria do cuidado ofertado a esses jovens. Cabe buscar melhorias nas condições estruturais para os serviços de saúde, assim como recursos humanos que atendam às necessidades dos territórios, com destaque para o

papel dos agentes comunitários de saúde, uma das características marcantes e exitosas da ESF brasileira. É necessário também repensar a formação para o trabalho em saúde, assim como os currículos das universidades e dos cursos técnicos para que formem profissionais de saúde aptos para lidar com os adolescentes.

A partir da melhoria da qualidade do atendimento aos adolescentes – seja por meio do acolhimento, dando voz, respeito e autonomia, seja na atenção clínica e na promoção da saúde –, espera-se maior resolutividade da APS e criação de vínculo entre jovens e profissionais. Porta aberta para os adolescentes, espaço na agenda dos serviços, acolhimento qualificado e garantia de seus direitos, sem preconceitos são os elementos esperados de uma APS integral, efetiva e ética.

Sistematizar experiências de cuidado ao adolescente na APS, pela presente revisão, permitiu repensar o processo de trabalho e discutir estratégias de melhoria do cuidado. São necessárias mudanças no modelo de atenção – de ações pontuais, centradas em doenças – para modelos mais sistêmicos, que integrem os atributos da APS, associados à promoção de saúde, considerando os aspectos biopsicossociais da adolescência e as características ambientais dos diferentes territórios e de sua população.

Como a maioria dos estudos enfocava relatos de profissionais e/ou observações de ações desenvolvidas na APS, recomenda-se, portanto, aprofundar a discussão desse tema estudando a visão dos adolescentes sobre esse cenário, já que eles são os protagonistas. Também se sugere explorar mais o campo de estudo sobre as fragilidades da rede e barreiras para oferta de um cuidado integral aos adolescentes. É imprescindível repensar as práticas das equipes de saúde de forma a preconizar ações dialógicas e que levem em consideração as reais demandas dos adolescentes.

Contribuições das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Senna SRCM, Dessen MA. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. *Psicol Saude Doenças*. 2015; 16(2):217-29.
2. Penso MA, Brasil KCCTR, Arrais AR, Lordello SR. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saude Soc*. 2013; 22(2):542-53.
3. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010; 18(3):459-66.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(3):783-94.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
7. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011; 20(4):867-74.
8. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond-Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 669-88.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.
11. 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. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12(4):849-59.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
13. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(2):546-53.
14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010; 8(1):102-6.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Brasil. Presidência da República. Decreto presidencial nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. Cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. *Diário Oficial da União*. 6 Dez 2007.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. Moraes R. Análise de conteúdo. *Educação*. 1999; 22(37):7-32.



20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
21. Franco MLPB. *Análise de conteúdo*. 3a ed. Brasília: Líber Livro; 2008.
22. Amorim DU, Queiroz MVO, Brasil EGM, Maia EG. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. *Saude Debate*. 2014; 38(101):254-66.
23. Coelho MMF, Miranda KCL, Gomes AMT, Silveira LC. Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):9-14.
24. Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(3):300-9.
25. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(6):1933-42.
26. Higarashi IH, Baratieri T, Roecker S, Marcon SS. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(3):375-80.
27. Ferriani MGC, Bertolucci AP, Silva MAI. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(3):342-8.
28. Brasil EGM, Queiroz MVO, Cunha JMH, Magalhães SS, Maia EG. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. *Rev Pesqui*. 2016; 8(3):4601-8.
29. Oliveira CB, Frechiani JM, Silva FM, Maciel ELN. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(2):635-44.
30. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
31. Marques JF, Queiroz MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Rev Gauch Enferm*. 2012; 33(3):65-72.
32. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(3):466-72.
33. Kempfer SS, Fraga SMN, Mafra TJ, Mafra TJ, Hoffman, ACS, Lazzari DD. Contracepção na adolescência: uma questão de autocuidado. *Rev Pesqui*. 2012; 4(3):2702-11.
34. Coin-Carvalho JE, Esposito FCF. Desafios nas ações de atenção primária: estudo sobre a instalação de programa de visitas domiciliares para mães adolescentes. *Aletheia*. 2012; (37):149-61.
35. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25 Suppl 2:240-50.
36. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):67-81.
37. Fontana RT, Santos AV, Brum ZP. A educação em saúde como estratégia para a sexualidade saudável. *Rev Pesqui*. 2013; 5(4):529-36.



38. Santos AAG, Silva RM, Machado MFAS, Vieira LJES, Catrib AMF, Jorge HMF. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(5):1275-84.
39. Leite JT, Beserra MA, Scatena L, Silva LMP, Ferriani MGC. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Rev Gauch Enferm.* 2016; 37(2):e55796.
40. Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMB, et al. Saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *J Hum Growth Dev.* 2015; 25(3):307-12.
41. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado ao adolescente: contribuições para a enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2012; 20(2):197-202.
42. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access. *Med Care.* 1981; 19(8):127-40.
43. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(1):161-70.
44. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto EP Jr, Amorim LDAF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2019; 35(1):e00044718.
45. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Cienc. Saude Colet.* 2008; 13 Supl 2:2115-22.
46. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Publica.* 2000; 34(6):35-45.
47. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saude Soc.* 1997; 6(2):31-46.



Adolescence, a phase of biopsychosocial transformations, requires a comprehensive primary health care model that promotes health and autonomy, aspects covered in this review. The objective was to systematize the experiences of care of teenagers by the Primary Health Care. An integrative review was conducted on the Virtual Health Library (BVS) and Scientific Electronic Library Online databases, selecting 21 published papers from 2008 to 2019. Data were interpreted through the thematic content analysis. The following were observed in teenager care: stigmata; gaps in professional education; nursing-focused reception; weakness of bonds; lack of structural and human resources; educational but normative actions; fragmentation of practices; and barriers to the health and intersectoral networks. Therefore, the conclusion is that in order to achieve an expanded care it is necessary to rethink practices and give voice to teenagers.

Keywords: Teenager. Primary Health Care. Health professionals. Educational practices. Autonomy.

La adolescencia, fase de transformaciones biopsicosociales, requiere de la Atención Primaria de la Salud (APS), un modelo de cuidado a la salud incluyente, integral y promotor de la salud y de la autonomía, aspectos abordados en esta revisión. El objetivo fue sistematizar experiencias de cuidado al adolescente por parte de la APS. Se realizó una revisión integradora en las bases de datos Biblioteca Virtual en Salud y Biblioteca Electrónica Científica Online, seleccionándose 21 artículos publicados de 2008 a 2019. Los datos se interpretaron por el análisis temático de contenido. Se observaron estigmas en el cuidado del adolescente; lagunas en la formación profesional; acogida centrada en la enfermería; fragilidades de los vínculos; escasez de recursos estructurales y humanos; acciones educativas, pero normativas; fragmentación de las prácticas y barreras de acceso a la Red de Salud e Intersectorial. Se concluyó, por lo tanto, que para alcanzar un cuidado ampliado es preciso repensar las prácticas y dar voz al adolescente.

Palabras clave: Adolescente. Atención Primaria de la Salud. Profesionales de la salud. Prácticas educativas. Autonomía.

Submetido em 26/08/19.
Aprovado em 06/07/20.

**CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/SCIENTIFIC
EDITORIAL BOARD/CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO**

Afonso Miguel Cavaco, Universidade de Lisboa, Portugal
Alain Ehrenberg, Universidade Paris Descartes, França
Alcindo Ferla, UFRGS
Alejandra López Gómez, Universidade da Republica Montevideo, Uruguay
Aluísio Gomes da Silva Junior, UFF
Ana Claudia Gastal Fassa, UFPe
Ana Domínguez Mon, UBA, Argentina
Ana Patrícia Silva Souto Lourenço Hilário, Universidade de Lisboa, Portugal
Angelica Maria Bicudo, Unicamp
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ
Carolina Martínez-Salgado, Universidade Autónoma Metropolitana, México
César Ernesto Abadia-Barrero, Universidade de Connecticut, EUA
Charles Briggs, Universidade da California, USA
Cláudia Regina Ribeiro, UFF
Claudio Bertolli Filho, Unesp
Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, UFRGS
Daniel Catalan Matamoros, Universidade Carlos III de Madrid, Espanha
Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Fiocruz
Diego Gracia, Universidade Complutense de Madrid, Espanha
Ednalva Maciel Neves, UFPB
Eduardo Andrés Tobar Almonacid, Universidad de Chile
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Eloisa Grossman, UFRJ
Éverton Luís Pereira, UnB
Fernando Altair Pochay, UERJ
Fernando Peñaranda Correa, Universidade de Antioquia, Medellín, Colômbia
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UFF
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
Gastão Wagner de Sousa Campos, Unicamp
George Dantas de Azevedo, UFRN
Graça Carapinheiro, Instituto Universitário de Lisboa, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPR
Gustavo Nunes de Oliveira, Ufscar
Helena Maria Scherlowski Leal David, UERJ
Hugo Mercer, Universidade Nacional San Martín, Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Isabel Fernandes, Universidade de Lisboa, Portugal
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, UFC
Jairnilson Silva Paim, UFBA
Janine Miranda Cardoso, Fiocruz
João Marcos Bernardes, Unesp
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI
José Luis Terrón Blanco, Universidade Autónoma de Barcelona, Espanha
José Miguel Rasia, UFPR
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, USP
José Roque Junges, Unisinos
Karla Patrícia Cardoso Amorim, UFRN
Laura Macruz Feuerwerker, USP
Leila Sollberger Jeolás, UEL
Luciana Kind do Nascimento, PUC-MG
Luis Behares, Universidade da República Uruguia, Montevideo, Uruguay
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Unifesp
Lydia Feito Grande, Universidade Complutense de Madrid, Espanha
Marcelo Dalla Vecchia, UFSJ
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, UFBA
Márcia Thereza Couto Falcão, USP
Marco Akerman, USP
Marcos Antonio Pellegrini, UFRO
Margareth Aparecida Santini de Almeida, Unesp
Margarida Maria da Silva Vieira, Universidade Católica Portuguesa, Portugal
Maria Antônia Ramos Azevedo, Unesp
Maria Cecília de Souza Minayo, Fiocruz
Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidade Autónoma Metropolitana, México
Maria Elizabeth Barros de Barros, UFES
Maria Inês Baptistella Nemes, USP
Maria Lígia Rangel Santos, UFBA
Maricela Perera Pérez, Universidade de Habana, Cuba
Marilene Cabral do Nascimento, UFF
Marilene de Castilho Sá, Fiocruz
Mônica Lourdes Franch Gutiérrez, UFPB
Naomar Monteiro de Almeida Filho, UFBA
Nildo Alves Batista, Unifesp
Octavio Domont de Serpa Junior, UFRJ
Raquel Rigotto, UFC
Reni Aparecida Barsaglini, UFMT
Ricardo Burg Ceccim, UFRGS
Ricardo Rodrigues Teixeira, USP
Ricardo Sparapan Pena, UFF
Richard Guy Parker, Columbia University, New York, USA
Robert M. Anderson, Universidade de Michigan, USA
Roberto Castro Pérez, Universidade Autónoma de México, México
Rodrigo Murtinho de Martinez Torres, Fiocruz
Roger Ruiz-Moral, Universidade de Córdoba, Espanha
Rogério Miranda Gomes, UFPR
Rosana Aparecida Salvador Rossit, Unifesp
Roseni Pinheiro, UERJ
Sergio Tavares de Almeida Rego, Fiocruz
Simone Souza Monteiro, Fiocruz
Soraya Fleischer, UnB
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Unifesp
Tiago Correia, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Túlio Batista Franco, UFF