

# A arte e a ciência do conhecimento produzido na enfermagem

Helena Moraes Cortes  
Marcus Fernando da Silva Praxedes  
Maria da Conceição Costa Rivemales  
(Organizadores)



Editora UFRB



# **A arte e a ciência do conhecimento produzido na enfermagem**

**REITOR**

Fábio Josué Souza dos Santos

**VICE-REITOR**

José Pereira Mascarenhas Bisneto

**SUPERINTENDENTE**

Rosineide Pereira Mubarack Garcia

**CONSELHO EDITORIAL**

Leila Damiana Almeida dos Santos Souza

Leilane Silveira D'Ávila

Luciana da Cruz Brito

Maurício Ferreira da Silva

Paula Hayasi Pinho

Paulo Henrique Ribeiro do Nascimento

Rafael dos Reis Ferreira

Rosineide Pereira Mubarack Garcia (Presidente)

Rubens da Cunha

**SUPLENTE**

Carlos Alfredo Lopes de Carvalho

Marcílio Delan Baliza Fernandes

Tatiana Polliana Pinto de Lima

**COMITÊ CIENTÍFICO**

(Referente ao Edital nº. 001/2020 EDUFRB – Coleção Sucesso  
Acadêmico na Graduação da UFRB)

Helena Moraes Cortes

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Maria da Conceição Costa Rivemales

Nuno Damácio de Carvalho Félix

Rosa Cândida Cordeiro

**EDITORA FILIADA À**



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

Helena Moraes Cortes  
Marcus Fernando da Silva Praxedes  
Maria da Conceição Costa Rivemales  
(Organizadores)

# **A arte e a ciência do conhecimento produzido na enfermagem**



Editora UFRB  
Cruz das Almas - Bahia  
2023

Copyright©2023 by Helena Moraes Cortes, Marcus Fernando da Silva Praxedes e Maria da Conceição Costa Rivemales

Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB

*Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica*

Antonio Vagno Santana Cardoso

*Revisão e normatização técnica*

Helena Moraes Cortes

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98

A786

A arte e a ciência do conhecimento produzido na enfermagem/  
Organizadores: Helena Moraes Cortes, Marcus Fernando da Silva Praxedes e Maria da Conceição Costa Rivemales.\_ Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2023.  
354p.; il.

Este livro eletrônico é parte da Coleção Sucesso Acadêmico na Graduação da UFRB, Volume XXXV.

ISBN: 978-65-88622-38-4.

1.Enfermagem – Educação em enfermagem. 2.Enfermagem – Aspectos sociais. 3.Cuidados com os doentes – Análise. I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. II.Cortes, Helena Moraes. III.Praxedes, Marcus Fernando da Silva. IV.Rivemales, Maria da Conceição Costa. V.Título.

CDD: 610.73

Ficha elaborada pela Biblioteca Universitária de Cruz das Almas - UFRB Responsável pela Elaboração – Antonio Marcos Sarmiento das Chagas (Bibliotecário - CRB5 / 1615).

Livro publicado em 26 de abril de 2023



Editora UFRB

Rua Rui Barbosa, 710 – Centro  
44380-000 Cruz das Almas – Bahia/Brasil

Tel.: (75) 3621-7672

[editora@reitoria.ufrb.edu.br](mailto:editora@reitoria.ufrb.edu.br)

[www.ufrb.edu.br/editora](http://www.ufrb.edu.br/editora)

# Sumário

## **Apresentação**

Helena Moraes Cortes, Marcus Fernando da Silva Praxedes,  
Maria da Conceição Costa Rivemales..... 11

## **Prefácio**

Claudia Feio da Maia Lima ..... 13

## **PARTE I**

### **ENFERMAGEM NEGRA E DISCUSSÕES SOBRE RACISMO**

#### **Raça e saúde**

Amália Nascimento do Sacramento Santos,  
Patricia Figueiredo Marques, Cristiane dos Santos Silva,  
Ana Raquel Carneiro Barreto, Emanuelle Nunes da Cunha,  
Rebeca de Oliveira Paixão ..... 17

#### **Enfermeiras negras: identidade da enfermagem**

Cláudio Bomfim de Oliveira Nascimento Júnior,  
Rosa Cândida Cordeiro ..... 31

#### **Construção de saberes em comunidades tradicionais**

Denize de Almeida Ribeiro, Maria da Conceição Costa Rivemales,  
Rosa Cândida Cordeiro, Liliane de Jesus Bittencourt,  
George Mariane Soares Santana ..... 45

#### **Mulheres quilombolas e violência**

Ana Claudia Souza Lemos, Cristiane dos Santos Silva,  
Amália Nascimento do Sacramento Santos,  
Maria Conceição Costa Rivemales,  
Ana Beatriz Argolo Cavalcante Lima,  
Daniel Oliveira Medina da Silva, Guilherme Bernardo Meira,  
Raissa Morgana dos Santos Fuza, Thauã Mota de Abreu..... 59

**PARTE II**  
**AGENTES COMUNITÁRIOS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**Saúde da criança e agentes comunitárias de saúde**

Tamille Marins Santos Cerqueira, Deisy Vital dos Santos ..... 75

**Agentes comunitárias de saúde: violência infantil**

Claudiana Bomfim de Almeida Santos,  
Ramona Garcia Souza Dominguez,  
Deisy Vital dos Santos ..... 89

**Processo de trabalho do agente comunitário**

Graziele Santana Bomfim, Elaine Andrade Leal Silva,  
Thereza Christina Bahia Coelho, Tânia Maria de Araújo ..... 103

**Olhares feministas e educação em saúde**

Patrícia Figueiredo Marques, Sílvia Lúcia Ferreira,  
Claudia Feio da Maia Lima, Railene Pires Evangelista,  
Isadora Reis Rodrigues ..... 117

**PARTE III**  
**TRABALHO DA ENFERMAGEM E SAÚDE LABORAL**

**Trabalho da enfermagem num hospital público**

Eder Pereira Rodrigues, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho,  
Eduardo Pondé de Sena, Mônica de Andrade Nascimento,  
Urbanir Santana Rodrigues ..... 133

**Jornada de trabalho na enfermagem**

Urbanir Santana Rodrigues, Ariane Cedraz Morais,  
Eder Pereira Rodrigues, Joseneide Santos Queiroz,  
Paulo Eduardo Santos Santana,  
Rosângela Janja Costa Araújo ..... 147

**Vacinação entre trabalhadoras/es da saúde**

Sílvia Moraes dos Reis, Fernanda de Oliveira Souza,  
Paloma de Sousa Pinho ..... 161

### **Hesitação vacinal entre pessoal de saúde**

Fernanda de Oliveira Souza, Tânia Maria de Araújo,  
Paloma de Sousa Pinho ..... 175

### **Exposição ocupacional à hepatite B**

Sara de Pinho Gonçalves Almeida, Margarete Costa Helioterio,  
Paloma de Sousa Pinho ..... 189

## **PARTE IV**

### **ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

#### **Enfermagem e Atenção Primária à Saúde**

Brenda Silva Cunha, Daiane Luz Araújo,  
Josele de Farias Rodrigues Santa Bárbara,  
Paulo José dos Santos de Matos, Thayná Oliveira Militão ..... 205

#### **Saúde da Família e papel do enfermeiro**

Rebeca Nascimento dos Santos, Sinara Vera,  
Karina Nhoque Barquilha, Marcus Fernando da Silva Praxedes .. 217

#### **Dificuldades no atendimento à crise psíquica**

Alana dos Santos de Souza, Paula Hayasi Pinho,  
Helena Moraes Cortes ..... 229

#### **Auditoria e gestão da saúde pública**

Vanessa Rodrigues Nunes da Silva,  
Marcus Fernando da Silva Praxedes ..... 243

## **PARTE V**

### **ENFERMAGEM: FORMAÇÃO E PRODUÇÃO DO CUIDADO**

#### **Enfermagem e a Segurança do Paciente**

Joseneide Santos Queiroz, Patrícia Figueiredo Marques,  
Urbanir Santana Rodrigues ..... 257

#### **Primeiros Socorros: experiência da extensão**

Monneglesia S. Lopes Cardoso, Patrícia Veiga Nascimento,

José Lucas Andrade Santos, Ana Carolina Conceição Neves,  
Bianca Pimentel Ferreira, Adrielle Brito Alves,  
Thiara de Almeida N. Silva, Julival Batista dos Santos,  
Rafaele Marques de Oliveira, Larissa Moreira Pitta ..... 269

**Grupo de Pesquisa/Extensão em Cuidado Cardiovascular**

Nuno Damácio de Carvalho Félix, Brenda Silva Cunha,  
Antonio Wellington Vieira Mendes,  
Maria Naiane Rolim Nascimento,  
Paula Gabrielli de Santana Soares, Raércia dos Santos Carneiro,  
Raícia dos Santos Carneiro ..... 283

**Docentes e Suporte Básico de Vida**

Ana Paula Santos de Jesus, Juarez Menezes de Oliveira Júnior,  
Patrícia Veiga Nascimento ..... 295

**Deficiência na formação em cuidados paliativos**

Claudia Feio da Maia Lima, Ramona Garcia Souza Dominguez,  
Amanda Santos Veiga Freire, Natádina Alves Souza Campos,  
Patrícia Figueiredo Marques ..... 307

**Valores humanos e PICS**

George Mariane Soares Santana,  
Claudia Feio da Maia Lima ..... 319

**Infarto do miocárdio e dislipidemia: cirurgia cardíaca**

Patrícia Veiga Nascimento, Lais Barros Ribeiro,  
Djanilson Barbosa dos Santos, Monneglesia S. Lopes Cardoso,  
Ana Paula Santos de Jesus, Jessyka Santos Ferreira,  
Simone Letícia Souza Querino ..... 331

**Autores** ..... 343

# Apresentação

*Helena Moraes Cortes*

*Marcus Fernando da Silva Praxedes*

*Maria da Conceição Costa Rivemales*

Esta obra reúne trabalhos produzidos por (ex)docentes, (ex)discentes em parceria com outras instituições ligadas ao Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRB nas vertentes do ensino, da pesquisa e da extensão em Enfermagem, a partir das experiências de pesquisadores/as engajados no recôncavo da Bahia, espaço de inclusão, resistência e lutas políticas. Várias temáticas foram abordadas e discutidas, de modo a evidenciar “a arte e a ciência do conhecimento produzido na enfermagem”.

O livro foi organizado em cinco partes: I - Enfermagem negra e discussões sobre o racismo; II - Agentes comunitários e educação em saúde; III - Trabalho da enfermagem e saúde laboral; IV - Enfermagem na atenção básica; V- Enfermagem: formação e produção do cuidado.

A primeira parte reúne pesquisas que tratam sobre o racismo/discriminação da população negra e comunidades tradicionais, além do protagonismo e participação da enfermagem negra no Brasil. Dessa forma, foram abordadas questões ligadas a percepção de mulheres e de profissionais sobre raça e saúde; a discussão sobre os saberes de comunidades tradicionais do recôncavo baiano e as nuances da violência doméstica infligida por parceria íntima contra mulheres quilombolas, além de debater sobre a identidade das enfermeiras negras, destacando-se o papel de Maria Soldado, Rosalda Paim, Izabel Santos e Mãe Stella de Oxóssi;

A segunda parte do livro aborda a atuação dos agentes comunitários e fala sobre a educação em saúde enquanto ferramenta de empoderamento feminino. São quatro capítulos

que exploram o processo de trabalho, ação dos ACS junto à saúde da criança e a violência infantil, além de apresentar a análise de estratégias da educação em saúde numa perspectiva feminista.

Na terceira parte do livro são discutidas questões relacionadas ao Trabalho de Enfermagem e saúde laboral, sendo apresentadas pesquisas voltadas a problemática da jornada e condições de trabalho na enfermagem; a prevalência de queixas de problemas de saúde; exposição ocupacional à hepatite B e questões arroladas à vacinação dos trabalhadores de saúde.

A enfermagem na atenção básica é discutida na quarta parte do livro, destacando-se o papel da enfermeira na estratégia saúde da família e rede de atenção psicossocial. Também aborda o papel da enfermagem na auditoria e gestão da saúde pública no Sistema Único de Saúde.

Já na quinta parte do livro são tratados assuntos relacionados à enfermagem na formação e produção do cuidado em saúde, destacando-se experiências no campo do ensino, pesquisa e extensão voltadas às temáticas: da segurança do paciente, primeiros socorros, cuidado cardiovascular, suporte básico de vida, práticas integrativas em saúde e cuidados paliativos.

Os capítulos deste livro convidam o/a leitor/a à mergulhar nas produções do Curso de Enfermagem do CCS/UFRB por meio de reflexões teóricas, revisões de literatura, relatos de experiência, pesquisas históricas, análises documentais e pesquisas de campo que tem sido produzido pelos integrantes do Curso no decorrer de sua consolidação enquanto ciência do cuidar no recôncavo baiano.

# Prefácio

*Claudia Feio da Maia Lima<sup>1</sup>*

Começo aqui expressando a honra de poder, em breves palavras, apresentar a produção desse e-book do Colegiado de Enfermagem, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS-UFRB), assim como a gratidão pela confiança do meu nome para essa escrita.

É admirável perceber a estrada percorrida por mim e tantos colegas, alguns que já não mais permanecem no mesmo caminho, outros tantos chegados, fazendo-nos acreditar que essa constante mudança é a razão para termos alcançado muitos espaços e cooperado com tantas pessoas, pela forma de ser e estar, fazendo ciência e colaborando para a cidadania no Recôncavo Baiano.

A saúde é um caminho feito por muitas mãos [...], de si, daqueles que nos cercam, de quem é encontrado por nós e de pessoas até desconhecidas [...], um coletivo que produz o de mais essencial - o cuidado humano -, incluindo-se, inevitavelmente, o/a profissional Enfermeiro/a. Por entender que a saúde é parte da complexidade da pessoa cuidada, considerar a diversidade da ação desses(as) profissionais no campo das ciências é compreender a vasta contribuição para quem dela necessita e reconhece sua magnitude em diferentes áreas de atuação. Esse e-book trata disso!

Você leitor/a encontrará nestas páginas resultados de pesquisas científicas e reflexões que retratam o dia a dia do trabalho acadêmico e assistencial de enfermeiros(as) do CCS-UFRB, docentes construindo uma história de superação, cooperação, afimco e primor diante de cenários nem sempre tão favoráveis, mas com mentes esperançosas.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem.

Saberes e experiências narradas nesse E-book dispõem de diversas realidades, reiterando a importância do/a enfermeiro/a no contexto da atenção à saúde biopsicossocial, que traduz a integralidade do cuidado o qual se deseja aprender e ensinar.

Garanto-lhe uma leitura incentivadora, sob os olhares de enfermeiros/as de diferentes áreas de estudo e atuação, mas com algo em comum: *A Arte de Ensinar e Cuidar com Maestria*.

**PARTE I**  
**ENFERMAGEM NEGRA E DISCUSSÕES**  
**SOBRE RACISMO**



# Raça e saúde

*Amália Nascimento do Sacramento Santos*

*Patricia Figueiredo Marques*

*Cristiane dos Santos Silva*

*Ana Raquel Carneiro Barreto*

*Emanuelle Nunes da Cunha*

*Rebeca de Oliveira Paixão*

## Introdução

No Brasil, estudos apontam que as mulheres negras apresentam um perfil socioeconômico mais negativo em relação a outros grupos de mulheres, o que resulta em impactos e desfechos mais desfavoráveis nos processos saúde/doença/cuidado (WERNECK, 2016; GOES, 2013). Nesse contexto, a compreensão das pessoas sobre os fatores que podem estar relacionados ao processo de promoção da saúde, ou mesmo de adoecer, é importante para analisar as vulnerabilidades em saúde e produzir passos para o seu enfrentamento (CARMO, 2017).

A vulnerabilidade é entendida como um indicador da iniquidade e da desigualdade social ao mostrar que a exposição a agravos de saúde e mesmo acometimentos que levam à morte resultam tanto de aspectos individuais como de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade e, simultaneamente, a possibilidade e os recursos para o seu enfrentamento (AYRES, 2012). Descrevem-se três planos para avaliação da vulnerabilidade, sendo o comportamento individual (vulnerabilidade individual), o contexto social (vulnerabilidade social) e as políticas públicas (vulnerabilidade institucional/programática) (MANN *et al.*, 2003; OVIEDO, 2015).

A vulnerabilidade individual depende do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao

seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas. No que tange à vulnerabilidade social, entende-se como um espelho das condições de bem-estar social, que envolve moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão (OVIEDO, 2015).

Já a vulnerabilidade programática se refere às políticas públicas de enfrentamento de problemas e agravos, metas e ações propostas nos diversos programas e organizações governamentais ou não, bem como a distribuição dos recursos para prevenção e controle dos problemas e agravos (OVIEDO, 2015).

A cor/raça e o gênero estão intimamente ligados a esses três aspectos da vulnerabilidade. Observa-se que políticas de saúde no Brasil apresentam instrumentos que incentivam o reconhecimento do racismo e do sexismo como determinantes sociais em saúde (BRASIL, 2013). Afirma-se ainda que a atenção inadequada à saúde é um fator de vulnerabilidade e prova de racismo e reprodução das iniquidades de gênero (WERNECK, 2016). O racismo,

é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2018, p. 25).

Também é estrutural porque consolida-se culturalmente presente nas relações sociais, políticas, jurídicas e econômicas, fazendo com que a responsabilização individual e institucional por atos racistas não anulem a reprodução da desigualdade racial (ALMEIDA, 2018).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) propõe a garantia de maior grau de equidade no que se refere à efetivação dos direitos humanos e do direito à saúde, partindo de ações afirmativas que promovem a igualdade

racial (BRASIL, 2013). No entanto, a efetivação e desenvolvimento dessa e outras ações políticas esboçam-se muito ainda no plano teórico e, os investimentos para sua efetivação são escassos. Nesse contexto, importa compreender a lógica de pensamento da população negra sobre as desigualdades raciais em saúde para pensar o enfrentamento de problemas de forma mais congruente.

Pretende-se aqui descrever a percepção de mulheres e de profissionais sobre raça e saúde, a partir do conceito vulnerabilidade proposto por Mann *et al.* (2010).

### **Caminho metodológico**

Trata-se de um recorte de uma pesquisa intitulada Representações Sociais de usuárias e profissionais de saúde do Programa de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus-BA sobre assistência à saúde da mulher negra. A pesquisa foi do tipo descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, desenvolvida em nove Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Santo Antônio de Jesus - Bahia. Os critérios para a seleção das USF, para este estudo, pautaram-se na existência de equipe mínima completa e serviços regulares de atendimento à saúde da mulher (pré-natal, planejamento familiar e atenção ginecológica).

O município de Santo Antônio de Jesus situa-se como referência para atendimento de maior complexidade na Região do Recôncavo Sul da Bahia, com disponibilidade de leitos obstétricos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção básica contava com 23 unidades de saúde, sendo 21 Unidades de Saúde da Família (USF) e 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cobertura de 83,9% de sua população.

Os critérios de inclusão das mulheres participantes foram: ter no mínimo 18 anos, ser usuária cadastrada nas USF e participar das atividades desenvolvidas pelas equipes. Já os profissionais

selecionados foram aqueles que compunham a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), com no mínimo seis meses de vínculo com a equipe. O período da pesquisa se deu entre março de 2011 a janeiro de 2012.

O número de participantes foi definido pelo critério de saturação, quando os temas e/ou argumentos começaram a se repetir. Elas são apresentadas nos resultados do estudo com a letra inicial da palavra U (usuária) ou P (profissional), seguida da letra E (entrevistado) e por um numeral arábico, referente à ordem das entrevistas.

Participaram dessa amostra recortada da pesquisa 16 mulheres, usuárias do serviço, e 24 profissionais das unidades de saúde dentre eles agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeiras e médicos.

O material empírico foi produzido através de entrevistas semiestruturadas que ocorreram nas Unidades de Saúde da Família pesquisadas com os 40 participantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas submetidas à análise de conteúdo temático-categorial (BARDIN, 2010). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade Maria Milza - FAMAM, protocolo número 47-2011.

## **Resultados e discussões**

Por meio da análise das entrevistas buscou-se identificar os aspectos que demonstravam aderência conceitual com as dimensões da vulnerabilidade.

### Vulnerabilidade social

Ao serem inqueridos quanto à percepção da existência da relação cor e saúde, profissionais e mulheres afirmaram a existência desta associação, explicitadas pelas seguintes expressões: maior probabilidade de algumas doenças acometerem pessoas

negras; influência da classe social nos níveis de saúde; com maior dificuldade de acesso de pessoas negras aos serviços de saúde; e o racismo/discriminação no atendimento em saúde.

É possível verificar que as entrevistadas estabelecem uma associação entre raça/cor com determinados tipos de doenças. O extrato da fala, apresentado a seguir, ilustra este ponto:

Sabe que a população negra ela tem algumas predisposições a mais para algumas patologias e a partir de estudos a gente acaba diferenciando na consulta direcionando algumas perguntas a mais para essa população. A questão da anemia falciforme, predisposição para hipertensão arterial tudo isso acaba nos ajudando nesses estudos enfermeira (PE31).

O reconhecimento de doenças mais prevalentes na população negra é importante e singular e demonstra que políticas de saúde e movimentos sociais em prol do reconhecimento da equidade em saúde começam a ganhar compasso na prática dos serviços, contudo, para além disso, é imperiosa a necessidade de promoção da saúde com ações afirmativas que implica em estabelecer estratégias específicas que fundamentem a criação de protocolos e processo de cuidados, ações políticas singulares, inclusive facilitando o acesso e quebrando as barreiras para o pleno exercício do direito à saúde. Nesse formato, o profissional precisa ir além das competências técnicas, necessitando do exercício da competência cultural em saúde.

A competência cultural (MOITA, SILVA, 2016) ainda é um grande desafio na realidade do cuidado em saúde da população negra, que vive submersa num cenário explícito de intolerâncias ao seu modo de vida, sobretudo as pessoas vinculadas a religiões de matrizes africanas configurando, portanto, numa vulnerabilidade social em saúde. Entende-se que normas sociais, referências culturais, relações de gênero, raça/etnia e geração, estigma, discriminação, salário, emprego, acesso à saúde, educação, justiça, lazer e mídia, liberdade de pensamento e expressão, participação política e cidadania se inserem no arcabouço dessa dimensão social.

As falas a seguir também suscitam aspectos relativos à vulnerabilidade social ao indicarem questões relativas ao acesso aos serviços de saúde:

Existe, eu creio que existe até mesmo na hora de fazer a ficha, se você, você percebe que se você for morena, for negra, você chegar de madrugada no posto e por eu ser branquela eu posso chegar por último e existe muitos lugares que dão a preferência a mim do que aquela que praticamente muitas vezes dorme no posto, existe (UE25).

[...] porque poderia ser melhor que as vezes a gente precisa de mais atendimento e as vezes falta (UE21).

Na verdade a gente tem uma demanda muito grande para o serviço que a gente consegue oferecer, então isso, acaba gerando uma demanda reprimida, que se faz... há uma demanda muito grande. Essa carência é mais pela demanda e não pela cor. Enfermeira (PE38).

Apesar do SUS e da ESF, bem como a PNSIPN buscarem garantir a ampliação do acesso em saúde, a integralidade da atenção e a equidade, a efetividade desses pilares é ainda baixa e as filas nos serviços de saúde tem sido traduzidas como um indicador de insatisfação, sobretudo da população negra menos favorecida economicamente.

O estudo de Góes (2013) sobre acesso de mulheres a serviços básicos de saúde, na Bahia, revelou que para o nível de acesso considerado bom, as mulheres brancas representam 15,4%, enquanto as negras respondem por 7,9%. O mesmo estudo demonstrou que as desigualdades raciais e o racismo institucional são uma barreira no acesso aos serviços preventivos de saúde para as mulheres negras. A autora diz ainda que o acesso é condição importante para a manutenção de bom estado de saúde ou para seu reestabelecimento.

A discriminação no atendimento em saúde, reafirmando a existência de racismo institucional, é explicada através da aparência física das usuárias. Usuária do serviço correlaciona a aparência pessoal com o modo de tratamento recebido nos serviços de saúde.

É uma coisa constante, entende? É uma coisa que existe ainda. Tem pessoas, como te falei, ainda existe aquela discriminação... aquela coisa se um branco andar bem vestido e um negro andar "mal vestido", entende? (UE14).

Vale destacar a importância que a aparência física pode ter na percepção sobre a discriminação, uma vez que os padrões de beleza predominantes em nossa sociedade são próprios da população branca, e são exigidos mais das mulheres. Isso pode exercer influência negativa na percepção da autoimagem e impactar na saúde (CARONE, 2003).

A necessidade de enfrentar a discriminação devido aos seus traços fenotípicos, de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (ZAMORA, 2012).

### Vulnerabilidade institucional/programática

Na abordagem institucional, programática, observou-se neste estudo, fragilidade na atenção em saúde apontada pelos participantes, a partir da má qualidade de atendimento de profissionais, numa análise de ocorrência de racismo no atendimento e denúncias de falta de respeito aos direitos humanos. Práticas discriminatórias no atendimento de profissionais são apontadas e sentidas pelas mulheres e profissionais desse estudo, revelando formas sutis de racismo no cuidado em saúde:

Eu acho ruim né, porque num trata todo mundo igual, não trata todo mundo do jeito que tinha que ser né? Que trata um branco, um rico né? Um da sociedade, ai trata com uma diferença (UE21).

[...]ainda hoje é uma questão muito forte, agente percebe ainda né, as expressões de desigualdade (PE16).

É como... um branco as vezes é melhor atendido de que um preto (U E20).

Existe, existe, existe minha filha, principalmente nos posto de saúde [...] Porque a pessoa vai ao posto de saúde porque está precisando [...] desde quando a

pessoa não tem capacidade de ter aquela profissão, tem que sair e dá espaço pra quem tem, como eu falei, o preconceito entré branco e negro existe muito (UE14).

Bem, é complicado! Porque na prática a gente vê que ainda existem profissionais que, ficam... Que tratam as pessoas com desrespeito, por aplicar valores deles, dos profissionais, no cotidiano [...] (PE37).

A percepção de mulheres e profissionais do estudo corrobora ainda com as ideias de outros (SANTOS, VIEIRA, 2020) quando revela a ocorrência de um racismo sutil, de forma que mensagens racistas passam despercebidas na nossa realidade. Em que pese, essa discussão já seja posta no contexto atual de forma diferente, já que formas explícitas de racismo e discriminação racial estão muito evidenciadas.

No estudo de Cordeiro e Ferreira (2009) as mulheres com doença falciforme relacionaram as discriminações que sofrem nos serviços de saúde ao fato de serem mulheres, negras e pobres, podendo o racismo e a discriminação se apresentarem de forma direta por meio de distinções que propiciam exclusão, ou indireta, quando é oferecido um tratamento injusto, descortês e humilhante, constituindo-se, portanto, em barreiras para o acesso ou permanência nos serviços de saúde.

Essa percepção é também colocada por muitos estudiosos que apontam para a necessidade de abordagem racial na possibilidade de concretização de um patamar de saúde satisfatório, tendo em vista a reprodução do racismo no setor saúde (CHOR, 2013; GOES, 2020). Isso revela fragilidade política, focando a questão do racismo institucional.

Sobre o racismo institucional, este atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações que operam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população, do ponto de vista racial (WERNECK, 2016).

A percepção das mulheres sobre ocorrências de discriminações no atendimento a partir da aparência física e a dificuldade de

acesso aos serviços são facetas também da vulnerabilidade institucional. Denota-se que o fator educacional se apresenta como questões estruturais e históricas no contexto da interação raça e saúde. Por outro lado, nota-se a invisibilidade das questões raciais como determinante social em saúde em detrimento de aspectos socioeconômicos, na percepção de profissionais, mesmo que seja entendida que a população negra é mais desfavorecida em termos de classes sociais.

A discriminação sempre vai haver no contexto de Brasil, a população não tá ainda educada, ao ponto de respeitar tanto uns conceitos (PE4).

A questão racial não interfere, interfere mais a questão socioeconômica do que a questão racial, aí entra a questão predominante que geralmente as pessoas é... menos favorecidas economicamente socialmente geralmente são negras (PE17).

A invisibilidade da questão racial retratada nas falas ilustradas é reiterada pela maioria das participantes ao revelarem que a pergunta sobre cor não é importante, referindo que a classe social, o caráter, a resolutividade do problema clínico e outras questões sociais da pessoa tem maior relevância no contexto do cuidado em saúde.

Nesse sentido, remonta-se as reflexões de Carone (2002), ao afirmar que buscam-se sempre diluir o debate sobre raça/cor analisando apenas a classe social, contudo, essa continua sendo uma saída de emergência permanentemente utilizada, embora todos os mapas que comparem a situação dos trabalhadores negros e brancos nos últimos vinte anos, explicitem que entre os trabalhadores – entre os pobres – os negros encontram um déficit muito maior em todas as dimensões da vida, na saúde, na educação, no trabalho. Revela a autora que o jargão repetitivo é que o problema se limita à classe social. Entretanto, as mulheres negras sofrem tríplice discriminação (raça, gênero e classe), categorias que se interseccionam entre si e com outros sistemas discriminatórios e produzem desigualdades, aumentam as vulnerabilidades e pioram os desfechos em saúde deste grupo populacional (CRENSHAW, 2002,

GOES *et al.*, 2020). As injustiças estruturais históricas dirimidas para a população negra a levaram para espaços periféricos e portanto, nesse contexto, raça e classe estão inter-relacionadas.

### Vulnerabilidade individual

Fatores sociais, políticos e culturais são postos no contexto atual para entender o conceito de saúde. Quando esses não são devidamente compreendidos, pode levar à vulnerabilidade no enfrentamento das necessidades de saúde ou de fatores que a influenciam.

Apesar das indicações de vulnerabilidades sociais e institucionais feitas por algumas mulheres entrevistadas, vê-se por outro lado, que também ocorre dentre elas a invisibilidade do racismo social com o qual convivem, ora responsabilizando a própria pessoa pelos problemas de saúde, ora os associando a uma fatalidade – a herança genética. Nessa perspectiva, destacam-se as falas a seguir:

A pessoa tem que se cuidar, procurar o médico, pra poder ver o que ela tem, fazer exames pra ver se está tudo ok (UE6).

O preconceito existe, agora eu acho que você deve aprender também a se comunicar, a se portar em cada setor, entendeu? se você vê que a pessoa está te discriminando, você deve ter a capacidade de chegar pra ela e dizer assim, independente de qualquer coisa, como ser humano, estou procurando essa unidade porque conheço meus direitos [...] (UE35).

No que tange à percepção das mulheres no achado da vulnerabilidade individual, frisamos a invisibilidade da lógica do racismo social. Esta percepção corrobora com a discussão sobre a naturalização das desigualdades raciais em saúde, pela dificuldade das mulheres em reconhecer a vivência da discriminação racial (DOMINGUES *et al.*, 2013). Nesse caso, atribui-se à própria pessoa, a responsabilidade sobre sua saúde/doença, além de atribuí-la a fatores genéticos e à classe social, perdendo de vista a influência da cor/raça.

De acordo com Zamora (2012), algumas considerações sobre doenças étnicas, na perspectiva também de hereditariedade, não respondem pelas disparidades e diferentes níveis de saúde de populações com diversidades socioculturais que partilham de um mesmo contexto histórico.

Também no que tange ao cuidado dispensado pela própria pessoa na sua saúde, é possível referir que a saúde é entendida como direito de todos e dever do Estado; a pessoa não deve ser a única responsável pela promoção da sua saúde. A falta de compreensão de problemas de saúde também são decorrentes de desigualdades sociais.

### **Considerações finais**

Neste estudo, mulheres e profissionais apontam que as pessoas negras têm maior vulnerabilidade para doenças e agravos à saúde, tanto pela dimensão individual, quanto pelas dimensões social e institucional.

É preciso que a política de saúde da população negra seja efetivada, funcionando, inclusive como instrumento de combate ao racismo, alicerce maior da vulnerabilidade em saúde; de empoderamento das mulheres negras para exigir o dever do Estado na garantia da saúde. Dar visibilidade às iniquidades raciais através de pesquisa, promover o retorno das investigações às mulheres, elucidando as suas contribuições na construção do conhecimento em saúde, são compromissos que devem ser assumidos por pesquisadoras e pesquisadores.

Portanto, além da melhor efetivação da política de saúde das mulheres negras e meios que viabilizem o empoderamento dessa população, há a necessidade de inter-relacionamentos de centros e grupos de pesquisas sobre a temática com movimentos sociais para melhor enfrentamento das diversas formas de vulnerabilidade e do racismo em saúde. Além disso, essa temática necessita

estar no currículo de formação dos profissionais de saúde. Esse estudo permitiu reflexões sobre racismo e saúde na formação de graduandas de enfermagem da UFRB.

Profissionais da área da saúde precisam descolar do modelo biomédico hegemônico de atenção, centrado no saber apenas profissional e promover um cuidado cultural, baseado no compartilhamento de saberes, popular e científico. Nesta “roda” de pensar mudanças, o cerne da questão atual muito desafiadora é pensar de forma interdisciplinar, pensar mais no problema: discriminação racial e racismo têm adoecido e causado mortes em muitas mulheres.

## Referências

ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

AYRES, J. R. C. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. Editora: HUCITEC, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política do SUS. 2ª ed. Brasília, DF, 2013.

CARMO, M. E., GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, Jun, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00101417>. Acesso em: 30 maio 2020.

CARONE, I; BENTO, M.A.S. (org.). **Psicologia social do racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.7, p.1272-1275, jul, 2013.

CORDEIRO, R.C.; FERREIRA, S.L. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, June, 2009.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

DOMINGUES, P. M. L. *et al.* Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.2, Apr./June 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200003&script=sci_arttext). Acesso em: 10 outubro. 2013.

GOES, E. F. *et al.* Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, e00189618, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00189618>. Acesso em 27 maio 2020.

GOES, E. F., NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, dic. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400004>. Acesso em 24 de abril 2014.

MANN, J.M. *et al.* Vulnerabilidade global. In: MANN, J. M; TARANTOLA, D. J. M. (org.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: IMAS \ UERJ, 1993.

MOITA, M. A. G., SILVA, A. L. Modelos de competência cultural: uma análise crítica. **Pensar Enfermagem**, Lisboa, v. 20, n. 2, 2016. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc4\\_72\\_88.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc4_72_88.pdf). Acesso em 29 maio 2020.

OVIDO, R. A. M., CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-250, June 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400004>. Acesso em 30 de maio 2020.

SANTOS, C. C, VIEIRA, G. O. Por que falar de saúde da mulher negra no Município do Rio de Janeiro?. **Revista Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 37-48, jan. 2020.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e sociedade**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 535-549, Sept. 2016 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610> . Acesso em 30 maio 2020.

ZAMORA, M. H. R. N. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. Fractal, **Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 563-578, Dez. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922012000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922012000300009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 Outubto. 2015.

# Enfermeiras negras: identidade da enfermagem

*Cláudio Bomfim de Oliveira Nascimento Júnior  
Rosa Cândida Cordeiro*

## Introdução

A invisibilidade da mulher negra no cuidado e na profissionalização da enfermagem ao longo da história do país constitui-se um percalço para a compreensão e formação desta identidade por excluir da historiografia da profissão fatos e memórias, uma vez que a participação da mulher negra na história do cuidado é expressiva, não apenas por serem maioria, mas sobretudo pelas práticas de saúde desenvolvidas (CAMPOS, 2008). A construção da identidade como um processo social dá-se de forma dinâmica ao longo dos tempos para cada momento histórico, contexto socioeconômico e cultural (BELLAGUARDA, *et al.*, 2011).

A história da mulher negra na enfermagem deve ser pesquisada e relatada por modelos teóricos que as restituam como atrizes sociais de protagonismo para a devida valorização social na profissão. Pode-se compreender esse resgate com uma reescrita da história da enfermagem (CAMPOS, 2008).

A compreensão da diferença do lugar que as enfermeiras negras são colocadas na história da enfermagem e onde elas de fato estão deve ser analisada com o entendimento de fenômenos/problemas sociais que viabilizam essa distorção da história e as relações de gênero, racismo e sua interseccionalidade.

A historiografia da enfermagem no Brasil exclui as enfermeiras negras da sua narrativa, invisibilizando-as. Esta invisibilidade fundamenta-se nas relações de poder do gênero e raça ao atender os interesses do patriarcado. Por sua vez, exclui personagens

da história da enfermagem e inviabiliza uma compreensão fidedigna sobre a construção desta profissão.

A identidade forjada, neste contexto, contempla enfermeiras brancas no compartilhamento de significados sobre sua profissão, conferindo-as representatividade, no entanto quais figuras de representatividade estão para as enfermeiras negras? E, aqui neste estudo diante das reflexões estabelecidas consideramos de grande importância romper com a historiografia tradicional da enfermagem e dar visibilidade as enfermeiras negras do Brasil. Nesse sentido, temos como questão de estudo: Quais enfermeiras negras protagonizaram fatos sócio-históricos importantes para a construção da identidade da enfermagem no Brasil? Diante do exposto este estudo tem como objetivo apresentar as enfermeiras negras que protagonizaram fatos sócio-históricos importantes para a construção da identidade da enfermagem no Brasil.

## **Metodologia**

Estudo de natureza qualitativa, descritiva que utiliza como método a pesquisa histórica a partir de análise bibliográfica com a finalidade de resgate de memórias em um recorte temático. Foram utilizados dados secundários obtidos em fontes de mídia aberta, Google acadêmico e Biblioteca virtual em saúde-BVS com seus respectivos indexados. Para a busca foram utilizados os termos história da enfermagem, mulher negra, enfermeira e biografia.

Os critérios de inclusão publicações indexadas em língua portuguesa (artigos, teses, dissertação, monografia), recorte atemporal, texto na íntegra, textos da mídia aberta (oriundos de blogs e jornais online) e vídeos e como critérios de exclusão utilizamos metodologia mal caracterizada, ausência de sujeito histórico, ausência do fato histórico ou contribuições sócio-histórica. Para cada material encontrado foram registradas informações concernentes ao título do estudo, ano de desenvolvimento, tipo de estudo,

período histórico, sujeito histórico, fato histórico e contribuições para a enfermagem.

A pesquisa histórica por meio da análise documental de dados secundários não exige o cumprimento legal de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, os autores trataram o tema com a observância dos direitos humanos, bem como seguir os passos metodológicos descritos.

## **Resultados e discussão**

Os resultados encontrados foram consolidados em quadro estruturado com os seguintes elementos: período histórico, sujeito histórico, fato histórico e contribuições para a enfermagem, tipo de estudo e referência. A coleta de dados descrita permitiu identificar dados sobre quatro enfermeiras negras e suas contribuições para a construção da identidade da enfermagem no Brasil. A saber: Maria Soldado (4) publicações, Rosalda Paim (5) publicações, Izabel Santos (3) publicações e Mãe Stella de Oxóssi (9) publicações. Após leitura e organização dos achados, apresentamos a seguir enfermeiras negras que protagonizaram fatos sócio-históricos importantes para a construção da identidade da enfermagem no Brasil.

### María José Barroso

María José Barroso, depois conhecida como “María Soldado”, nasceu em Limeira, no dia 1º de dezembro de 1895. Viveu em São Paulo, e trabalhava como cozinheira para a família Penteadó Mendonça até ir para a guerra civil da revolução constitucionalista de 1932, inicialmente, seus feitos e posicionamento político eram exercidos como “enfermeira” da Legião Negra, posteriormente passando a atuar na linha de frente de batalha (LOW, 2014; CAMPOS, 2015; FERREIRA, 2014).

María Soldado foi uma notória enfermeira de guerra. As mulheres, inclusive as negras, majoritariamente participaram ati-

vamente na revolução constitucionalista como enfermeiras. O alistamento como enfermeira era condicionado a cursos intensivos de saúde e cuidados de enfermagem. Sua atuação se concentrava nos hospitais de sangue e nos postos de emergência das brigadas e frente de batalha. É nesse contexto que Maria Soldado exerceu o cuidado e se destacou recebendo o título de enfermeira pela imprensa e um temporário reconhecimento social (FERREIRA, 2014).

Posteriormente passou a defender a revolução constitucionalista na linha de frente da batalha, onde teve esse feito reconhecido pela sociedade e jornais da época. Como podemos notar por um trecho de jornal em 5 de setembro de 1932, onde o jornal *A Gazeta* referiu-se:

a uma mulher de cor, alistada na Legião Negra, vencendo toda sorte de obstáculos e as durezas de uma viagem acidentada, uniu-se aos seus irmãos negros em pleno entrenchamento na frente do sul, descrevendo a página mais profundamente como vedora, mais profundamente brasileira, da campanha constitucionalista, ao desafiar a morte nos combates encarniçados e mortíferos para o inimigo.

Maria Soldado viveu num contexto histórico da Missão Peterson. Esse movimento ideológico racista foi encabeçado pela elite dominante branca de médicos e advogados e pregava a eugenia que se fundamenta principalmente na teoria de Darwin ao difundir que pessoas negras traziam uma força biológica de hereditariedade para o corrompimento social e fonte de doenças. É nesse contexto sócio-histórico que se fundamenta a exclusão da mulher negra na sociedade e na enfermagem (CAMPOS, 2008).

A historiografia do Brasil e da enfermagem não produziram narrativas que contasse a história desta mulher que é uma personagem histórica de importância para o país e para a enfermagem. Assim, situamos Maria Soldado no estudo de Silveira (2014) que afirma a necessidade de se analisar o lugar da mulher negra na sociedade a partir da interseccionalidade entre gênero e raça.

Na época de Maria Soldado, existiam duas escolas de enfer-

magem no Brasil, a escola de enfermagem Alfredo Pinto ligada ao hospital de Alienados no Rio de Janeiro que não era considerada uma escola oficial, e a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública fundada em 1923, a qual não admitia mulheres negras. Posterior a revolução de 32 a Escola de enfermagem da USP criada em 1940, passou a admitir mulheres negras a partir da segunda turma em 1943. Contudo, Maria Soldado não ingressou em uma instituição de nível superior para diplomação em Enfermagem (LOW, 2014). Segundo Campos (2008) o ideal de mulher para compor a enfermagem profissional no Brasil era ser “branca, culta, jovem e saudável”, sendo excluídas as mulheres negras como Maria Soldado.

No artigo Mary Seacole e Maria Soldado: enfermeiras negras que fizeram história, as autoras dão visibilidade a essas mulheres como “enfermeiras negras excluídas da historiografia da enfermagem internacional e brasileira respectivamente” (LOW, OGUISSO, 2014, p.3), o texto aborda a importância de Maria Soldado na história da enfermagem, nomeando-a como precursora da enfermagem moderna no Brasil

Em 1957 no jubileu de prata do movimento constitucionalista, Maria Soldado foi escolhida como mulher “símbolo de 32”, e como heroína da revolução, seus restos mortais repousam no panteão dos heróis da Revolução, simbolizado pelo grande e imponente obelisco no Parque do Ibirapuera na cidade de São Paulo (LOW, 2013; CAMPOS, 2015). A organização das mulheres negras como corpo de enfermeiras referendam estudos acerca da presença negra na enfermagem brasileira e evidenciam a articulação destas mulheres no campo do cuidar e da política (CAMPOS, 2015).

Maria José Barroso, faleceu na cidade de São Paulo em 11 de fevereiro em 1958. Após a revolução constitucionalista de 1932 a heroína caiu em esquecimento pela sociedade paulista e brasileira, assim como os milhares de homens e mulheres negras que

compuseram a Legião Negra e que lutaram e morreram pela pátria (LOW, 2014).

### Rosalda Paim

Rosalda Cruz Nogueira Paim nasceu em Vila Velha, Espírito Santo em 25 de agosto de 1928. Iniciou o curso em Enfermagem em 1947 pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – EEAAC da Universidade Federal Fluminense – UFF, na época denominada Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, foi graduada em 1950. Posteriormente cursou o Bacharelado em Pedagogia no período de 1953 a 1956, mestrado em Educação na Faculdade de Educação da UFF e Doutorado em Enfermagem Materno-Infantil, defendendo tese de livre docência pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 1975 (MOREIRA, 2010; CURSINO, 2016).

Iniciou as suas atividades de docência no ano de 1950 na Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, em 2005 junto com um grupo de professores participou da criação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial e em 2008, a criação do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (CURSINO, 2016).

Paim foi mentora do Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil – PISMI e o Programa Docente Assistencial na Área da Saúde – PIDAS. Estes programas resultaram na implantação da triagem geral do Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP com um sistema de referência e contrarreferência. Criou, também o Núcleo de Atenção Primária à Educação e Saúde – NAPES e a Creche Comunitária Rosalda Paim (CURSINO, 2016).

Paim teorizava e aplicava conceitos da gestão de serviços de saúde que foram preconizados no arcabouço teórico do Sistema Único de Saúde (SUS) bem antes deste sistema ser criado. E, demonstrou sua marcante atuação nas entidades de classe da enfermagem como a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn seção Niterói – Rio de Janeiro, onde foi presidenta e coordenadora da Comissão de Educação (CURSINO, 2016; TEIXEIRA, 2012)

Na pesquisa elaborou a Teoria Sistêmica Ecológica Cibernética de Enfermagem, objeto de sua tese de livre docência em 1974, e dos livros metodologia científica de enfermagem, um segundo livro que falava sobre o paradigma para a enfermagem e outro sobre o sistemismo ecológico cibernético, este de maior destaque (CURSINO, 2016). Foi uma das responsáveis pelo processo de democratização dos serviços públicos de saúde na década de 80 coma criação do SUS (TEIXEIRA, 2012).

Paim foi a primeira enfermeira parlamentar negra do Brasil, exerceu o mandato de Deputada Estadual do Rio de Janeiro, pelo Partido Democrático Trabalhista - PDT no período de 1983 a 1987. Tendo sua formação em educação, saúde e enfermagem, criou e teve aprovada 20 leis na área de saúde e assistência social, assim ela exerceu uma atuação política notória e importante para a sociedade carioca e brasileira (MOREIRA, 2010).

O arcabouço de legislações não apenas melhorou o sistema de saúde, educação e assistência social de Niterói, como trouxe contribuições reflexivas e tidas como modelo para o país, é importante destacar a lei que proíbe a coleta remunerada de sangue, a que cria o sistema estadual de creche, institui o dia da pessoa idosa; cria o serviço de saúde do adolescente, a lei que implanta o Alojamento Conjunto nos Hospitais da Rede Pública Estadual e a da obrigatoriedade de instalação de conselhos de saúde (CURSINO, 2016).

A enfermeira Rosalda Paim foi ativista do movimento negro e feminista e colocava a temática em evidência na sua trajetória. O estudo de Lourdes Moreira (p.85, 2010) ao sistematizar a entrada de mulheres negras no Parlamento do Estado do Rio de Janeiro no período de 1975 à 2007, identificou que nesse período de 32 anos, Rosalda Paim foi a única mulher negra parlamentar. Em sua trajetória de vida, recebeu ainda inúmeras homenagens tendo maior destaque a que outorga o título de Professora Emérito da UFF concedida no dia 17 de maio de 2016, no auditório "Dra. Rosalda Paim" da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (TEIXEIRA, 2012).

Rosalda Paim faleceu em 02 de junho de 2015, na cidade do Rio de Janeiro.

### Izabel Santos

Izabel dos Santos, enfermeira, negra, nasceu em Pirapora - Minas Gerais, no dia 07 de março de 1927. Graduiu-se em enfermagem em 1950 pela Escola de Enfermagem Hugo Werneck, em Belo Horizonte. Apesar da mulher negra adentrar as Escolas de Enfermagem no Brasil com o pioneirismo da EEUSP em 1943, essas mulheres não eram isentas das estruturas racistas que fundamentaram a criação das escolas situada no período da Missão Parsons. O modelo de regra de condutas e cuidados corporais refletiam a política de branqueamento ao instituir um padrão estético das enfermeiras. Todavia, o autor afirma que as mulheres negras recriam o seu lugar na história do cuidado ao se profissionalizar enfermeira. É neste lugar na história que localizamos a trajetória de Izabel Santos (CAMPOS, 2010).

A enfermeira negra Izabel Santos iniciou sua trajetória profissional no Serviço Especial de Saúde Pública - SESP ligado a OPAS - Organização Panamericana de Saúde na década de 50, onde atuou por 20 anos, posteriormente passou a integrar o quadro de professores da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e por fim retoma seu vínculo com a OPAS em 1976, onde atuou como consultora até 1997, assessorando o Ministério da Saúde. A sua contribuição de maior destaque está na formação profissional de enfermagem, sobretudo no nível técnico com a idealização do Programa de Qualificação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem - PROFAE (PAIVA, 2015; SANTOS I., 2007).

Desenvolveu inúmeras funções na área de enfermagem e estabeleceu sua formação, construindo uma sólida trajetória profissional de contribuições para o sistema de saúde. Iniciou seus trabalhos na sua cidade natal, Pirapora, onde organizou os serviços locais de saúde e organizou a formação de pessoal de enferma-

gem, lavanderia, cozinha e limpeza. Logo, percebe-se que iniciou sua atuação na área da formação da enfermagem desde os primórdios da sua atuação profissional (PAIVA, 2015).

A idealização do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), notoriamente foi a maior contribuição de Izabel Santos para a Enfermagem. A iniciativa da criação do programa surge quando a lei federal nº 7.498 definiu que a enfermagem é exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo auxiliar e pela parteira, suspendendo a função do atendente de enfermagem. Com a promulgação da lei uma estimativa 150 mil atendentes de enfermagem estavam exercendo a profissão ilegalmente (SANTOS, G., 2007; PAIVA, 2015; SANTOS I., 2007)

Diante da sua experiência em elaboração de cursos de formação na SESP e sua experiência docente em enfermagem na UFPE, Isabel Santos cria um modelo de educação específica para a necessidades destes profissionais a partir de uma metodologia significativa. Fundamentada nos princípios de Paulo Freire e outros teóricos de modelos de educação do Brasil e do exterior e depois de longos meses de pesquisa, organização de pessoal e construções de laços políticos, consegue agregar universidades e outras instituições e criar o PROFAE. O programa formou 250 mil profissionais em auxiliar e técnico de enfermagem em três anos, um feito reconhecido até nos Estados Unidos (PAIVA, 2015; SANTOS G., 2007).

Izabel Santos faleceu em dezembro de 2010, aos 83 anos de idade, mas deixou um legado na área de formação em saúde e Saúde Coletiva. E, contribuiu para a melhoria dos serviços de saúde e de enfermagem durante sua trajetória profissional.

Maria Stella de Azevedo

Maria Stella de Azevedo dos Santos, nasceu em 2 de maio de 1925, na Ladeira do Ferrão no Pelourinho em Salvador Bahia, é

a quarta filha de Esmeraldo Antigno dos Santos e de Thomázia de Azevedo Santos. Descendente de africanos, sua avó materna foi Theodora Cruz Fernandes, africana de etnia egbá, um subgrupo étnico dos yorubás da Nigéria (VAINSENCHR, 2018).

Iniciou a graduação em enfermagem aos 15 anos de idade e se tornou enfermeira pela Escola de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Federal da Bahia – UFBA. Após sua formatura especializou-se em Saúde Pública e passou integrar o quadro de enfermeiras sanitaristas da Secretária de Saúde do Estado da Bahia – SESAB em um Centro de Saúde (VAINSENCHR, 2018; FRAGA, 2014).

O histórico da Escola de Enfermagem da UFBA – EEUFBA, traz que a criação da escola surge da necessidade que o Reitor Prof. Edgar Santos observou de ter “enfermeiras de alto padrão” no hospital. A denominação “enfermeira alto padrão fazia alusão a enfermeiras formadas pela Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Os requisitos eram ser mulher “branca, culta, jovem e saudável”. Logo, Maria Stella Azevedo por ser mulher negra não atendia a todos os requisitos, porém ingressou nesta escola e se tornara uma enfermeira sanitarista e suas contribuições são de grande importância para a identidade da enfermagem no Brasil (CAMPOS, 2008).

A enfermeira sanitarista, Maria Stella de Azevedo em entrevista a TVUFBA (2015) explica o porquê de escolher a Saúde Pública como área de atuação. Ela relata que o processo de trabalho na área lhe permitia exercer o cuidado e ajudar as pessoas em todas as idades a se cuidarem e prevenirem o adoecimento.

Mãe Stella é reconhecida escritora tendo publicado seis livros. A grande temática de sua obra literária se concentra na cultura e tradição yorubá, no candomblé, perpassando sobre a valorização do povo negro e do povo de santo. A temática meio ambiente também se insere no universo das suas produções com o livro infantil *Epé Laiyé, terra viva*. Foi ainda escritora da coluna *Opinião dos mais res-*

peitados jornais do norte - nordeste, o Jornal a Tarde, onde escreveu sobre o universo da população negra (VAINSENCHR, 2018; FRAGA, 2014).

No Terreiro Ilê Axé Opô Afonjá fundou uma escola que faz parte da rede pública em convênio com a Prefeitura de Salvador. E, além de uma biblioteca itinerante o terreiro conta com uma biblioteca que se constrói com doações, inclusive Mãe Stella doou todo o seu acervo pessoal (LITERAFRO, 2018; MARIANO, 2001; VAINSENCHR, 2018; OXÓSSI, 2014). Em 1983, após uma viagem à África mãe Stella resolve criar o primeiro museu aberto em um terreiro de condomblé no Brasil, Museu Ohun Lailai (FRAGA, 2014).

A outorga dos títulos de Doutora Honoris Causa pela UFBA em 2005, e pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) em 2009, demonstra a importância de suas contribuições para a sociedade (VAINSENCHR, 2018). Ademais, a mulher negra, enfermeira e Iyalorixá torna-se imortal em 12 de setembro de 2013 ao assumir a cadeira de número 33 na Academia de Letras da Bahia após ser eleita por unanimidade, essa cadeira tem o poeta Castro Alves como patrono (LITERAFRO, 2018; COREN, 2013).

Estas unidades de análises se correlacionam e contribuem para o entendimento da mulher negra na enfermagem e na sociedade brasileira. Assim temos como resultado o que afirma Campos (2003, p.35) “a resistência das mulheres negras frente aos juízos intolerantes e fabricações discursivas que as desqualificavam, torna-se fundamental para o estudo da formação da identidade profissional da enfermagem brasileira”.

A história de vida da enfermeira e Iyalorixá Mãe Stella constrói-se de forma significativa para a história de uma enfermagem negra. Pois, Mãe Stella de Oxóssi em sua trajetória aglutina elementos da história de mulheres negras na enfermagem, do universo sócio cultural e religioso do povo negro e do combate ao racismo. Maria Stella de Azevedo dos Santos morreu no dia 27 de dezembro de 2018 aos 93 anos.

## Considerações finais

Esta pesquisa sobre a história da enfermagem reconstruiu não apenas histórias de vidas de mulheres negras que se tornaram enfermeiras e construíram trajetórias de destaque, mas sobretudo desvelou dentro da enfermagem temáticas sociais de notória importância.

A narrativa histórica dessas enfermeiras negras possibilitou compreender como a mulher negra sempre ocupou um lugar importante no cuidado ao longo dos tempos no Brasil e superaram a exclusão da enfermagem emergindo as bases seculares ancestrais do cuidado. Entretanto, observou-se que o reconhecimento social deste lugar sempre foi negado ao se analisar a história sob a unidade raça/racismo.

Assim, este trabalho demonstra a importância da valorização das enfermeiras negras dentro da profissão, reafirmando a importância dos estudos de resgate de memória individual ou coletiva dessas profissionais.

## Referências

BELLAGUARDA, M.L. R, *et al.* Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. **Revista Face**, Brasília, v. 3, n.2, p. 180-183. 2011.

CAMPOS, P. F. S.; OGUISSO, T. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 892-898, Dec. 2008.

CAMPOS, P. F. S. As enfermeiras da Legião Negra: representações da enfermagem na revolução constitucionalista de 1932. **Faces de Eva. Estudos sobre a Mulher**, Lisboa, n. 33, p. 53-65, 2015.

CAMPOS, P. F. S. Programa Enfermagem do SESP: Formação e Identidade Profissional Brasileira Pós-1930. **Cad. hist. ciênc.**, São Paulo, v. 8, n. 1, jun. 2010.

CAMPOS, P. F. S. História social da enfermagem brasileira: afrodescendentes e formação profissional pós-1930. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 6, p. 167-177, mar. 2011.

CAMPOS, V. F. A. **Mãe Stella de Oxóssi**: perfil de uma liderança religiosa. Jorge Zahar: Rio de Janeiro. 2003.

COREN, **Enfermeira mãe Stella de Oxossi assume cadeira na Academia Baiana de Letras**. Set. 2013. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br>. Acesso em: fev.2018.

CURSINO, E. G. Rosalda Paim: o significado da concessão do título de professor emérito outorgado pela Universidade Federal Fluminense. **S Afr Med J**, v. 15, n.2, 2016; 15(2) p. 109-113, 2016.

FERREIRA, J. U. G.; CAMPOS, P. F. S. Pérolas Negras: a participação de mulheres negras na Revolução Constitucionalista de 1932. **Revista Trilhas da História**. Três Lagoas, v.3, nº6 jan-jun, 2014.p.121-148.

FRAGA, M. MÃE STELLA DE OXÓSSI — **ODÉ KAIODÊ**: Saudação à acadêmica. Revista da Academia de Letras da Bahia, n, 52, 2014. Disponível em: <https://academiadeletrasdabahia.wordpress.com/>. Acesso em: 20 mar 2018.

LITERAFRO. **Mãe Stella de Oxóssi**. Minas Gerais 2018. Disponível em: <http://www.letras.ufmg.br/literafro/autoras/299-mae-stella-de-oxossi>. Acesso em: 20 jan, 2018.

LOW, L. **Enfermeiras negras na revolução constitucionalista de 1932**. Tese. Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 2013.

LÖW, L. OGUISSO, T. **Mary Seacole e Maria Soldado**: enfermeiras negras que fizeram história. Cultura de los Cuidados, n.38, 2014.

MOREIRA, L. **MULHERES NO PARLAMENTO**: Trajetória, atuação parlamentar e construção das políticas sociais de gênero no Poder Legislativo Estadual do Rio de Janeiro. Dissertação. Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2010.

OGUISSO, T. *et al.* Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**, v. 2, p. 68-72, maio 2011. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85>. Acesso em 02 abr. 2018.

PAIVA, C. H. A. Izabel dos Santos and the training of the health workers. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1785-1793, jun, 2015.

TEIXEIRA, E. R. *et al.* Rosalda paim: uma enfermeira para além de seu tempo. **Brazilian Journal of Nursing**, v. 11, n. 2, 2012.

SANTOS, G. B. *et al.* Profae e lógica neoliberal: estreitas relações. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 139-160, jun, 2007.

SANTOS, I. Izabel dos Santos: fazendo história na história da enfermagem brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, p. 853-858, dez. 2007.

VAINSENER, S. A. **Mãe Stella de Oxóssi**. Recife. Disponível em: <http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar>. Acesso em: 20 jan, 2018.

# Construção de saberes em comunidades tradicionais

*Denize de Almeida Ribeiro  
Maria da Conceição Costa Ríveales  
Rosa Cândida Cordeiro  
Liliane de Jesus Bittencourt  
George Mariane Soares Santana*

## Introdução

Através do Decreto Presidencial 6.040 de 2007 que se criou a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (BRASIL, 2007). Este documento define como Povos e Comunidades Tradicionais: 'grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição.

O documento define também como Territórios Tradicionais: 'os espaços necessários à reprodução cultural, social e econômica dos povos e comunidades tradicionais, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária, observando, no que diz respeito aos povos indígenas e quilombolas, respectivamente, o que dispõem os Art. 231 da Constituição e 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e demais regulamentações' (BRASIL, 1988).

Tal política define ainda como um de seus princípios o reconhecimento, a valorização e o respeito à diversidade socioambiental e cultural dos povos e comunidades tradicionais, levando-se em conta, dentre outros aspectos, os recortes de etnia, raça e gênero.

O Recôncavo é um dos territórios que concentra a maior parte dos Povos e Comunidades Tradicionais do Estado da Bahia.

Em levantamento realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Social foi identificado que nessa região vivem cerca de 70% dos integrantes de povos tradicionais baianos (PNUD, 2008).

Nesse sentido, a UFRB ao se inserir nesse território busca através da extensão universitária firmar uma prática cotidiana como um elo de permanente interação com a sociedade, especialmente com as comunidades e segmentos populares do Recôncavo. Essa postura requer o rompimento da compreensão pré-estabelecida da extensão como difusão de conhecimentos. Significa dizer que a produção do conhecimento pela prática da extensão, acontece a partir do encontro do saber acadêmico com os diversos outros conhecimentos possíveis (UFRB, 2010).

Foi dentro desta perspectiva, que o Programa de Equidade Racial do Recôncavo da Bahia, elaborado pelo NEGRAS - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde, grupo certificado pelo CNPQ e vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da UFRB, buscou ampliar o leque de atuação das atividades extensionistas, ao mesmo tempo em que, visou fortalecer uma Política Pública de relevada importância para a população do Recôncavo a partir das ações que foram desenvolvidas junto aos Povos e Comunidades Tradicionais deste território.

O objetivo do estudo foi o de fomentar discussões, políticas e ações junto e com Povos e Comunidades Tradicionais do Recôncavo da Bahia, que vivenciaram e ainda vivenciam processos de marginalização e exclusão social por conta da sua prática cultural.

### **Trajetória percorrida**

No desenvolvimento deste Programa inicialmente divulgamos a proposta, elaboramos um edital para realizarmos a seleção de estudantes da graduação e levantamos os representantes dos Movimentos Sociais e de Associações Comunitárias que poderiam integrar a equipe para desenvolver o trabalho. Entre estes foram priorizados os que residiam nos municípios selecionados.

Posteriormente, estabelecemos o contato com as prefeituras dos municípios priorizados para a realização do Programa, neste encontro foi apresentada a proposta e discutida a sua estratégia de execução, firmando-se os compromissos. Paralelo a isso, a equipe do Programa convidou também outros representantes de movimentos sociais da região, técnicos, secretários etc. que pudessem participar das oficinas e contribuir com a implementação das ações.

Realizamos o levantamento e mapeamento dos Povos e Comunidades Tradicionais que foram priorizados para este trabalho, entre os municípios com campi da UFRB e definimos que trabalharíamos com: 01 Comunidade de Terreiro de Candomblé; 01 Comunidade Quilombola e 01 Comunidade Cigana em cada um dos seguintes municípios: Amargosa, Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus, Governador Mangabeira e Cachoeira, caso fossem identificadas tais comunidades em cada um destes locais. A partir do levantamento feito as comunidades priorizadas e selecionadas ficaram distribuídas da seguinte forma:

- Amargosa: 01 Comunidade Cigana e 01 Comunidade de Terreiro, não identificamos Comunidades Quilombolas neste município;
- Cruz das Almas: 01 Comunidade Quilombola, 01 Terreiro de Candomblé e 01 Comunidade Cigana;
- Santo Antônio de Jesus: 01 Comunidade Quilombola, 01 Comunidade de Terreiro e 01 Comunidade Cigana;
- Governador Mangabeira: 01 Comunidade de Terreiro e 01 Comunidade Cigana, não foram identificadas comunidades quilombolas neste município;
- Cachoeira: 01 Comunidade de Terreiro e 01 Comunidade Quilombola, não foram identificadas comunidades ciganas neste município.

Mapeamos e registramos a produção cultural, suas práticas e saberes através do registro fotográfico e fonográfico. Os representantes dos grupos priorizados neste trabalho participaram também de mesas redondas durante o Encontro de Estudantes Negros

e Negras, Indígenas, Cotistas e Quilombolas da UFRB e durante o Fórum 20 de novembro no Centro de Artes Humanidades e Letras em Cachoeira. Os bolsistas acompanharam o desenvolvimento das atividades realizadas, de planejamento, durante o mapeamento, encontros e no Fórum onde se concretizaram a realização das atividades propostas.

No mês de novembro, durante a realização do Fórum de Igualdade Racial do Recôncavo, os participantes das comunidades priorizadas pelo Programa apresentaram e comercializaram seus trabalhos artesanais resultantes de suas experiências, para um público estimado em cerca de 1.500 pessoas.

### **Práticas culturais**

Cada município participante do estudo ficou com uma equipe formada por: 01 professor/a e entre 03 a 04 bolsistas. As equipes subdividiram as tarefas para otimizar o trabalho do grupo.

Em Santo Antônio de Jesus o Programa foi desenvolvido em três comunidades tradicionais: comunidade cigana (URBIS III), quilombola (Alto do Morro) e de terreiro (Ilê Axé Yepandá Odé), em parceria com os líderes comunitários e pessoas que conhecem a realidade das comunidades estudadas. Depois do contato com as três comunidades (cigana, de terreiro e quilombola) o grupo foi dividido em duplas para que cada dupla se dedicasse a uma comunidade.

Foram realizadas visitas as comunidades selecionadas e aos serviços de saúde (como Centro de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde) e de Assistência Social (Centro de Referência e Assistência Social). Conversas informais com líderes comunitários e representantes de serviços de saúde e Assistência Social, visando buscar parcerias e aproximar-se do contexto de vida dessas comunidades.

Minha participação foi bastante marcada pelas visitas às comunidade cigana, comunidade quilom-

bola e comunidade de terreiro a experiência possibilitou identificar questões étnico-raciais e de gênero, miserabilidade social, aspectos religiosos entre outras dificuldades enfrentadas diariamente pelas comunidades (Bolsista do Grupo de SAJ).

Participar do Programa de Promoção da Equidade Racial do Recôncavo da Bahia acumulou bastante para minha trajetória acadêmica, pois o processo de ensino-aprendizagem está acontecendo em todos os momentos e lugares, sendo a universidade um espaço de produção de conhecimento que oportuniza uma formação pautada no Ensino, Pesquisa e Extensão, vale ressaltar que elementos indissociáveis para formação do estudante, sobretudo a relevância da extensão universitária consiste tanto para a formação acadêmica como para vida, visto como processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que através da articulação e interação universidade e comunidade promove transformações para a universidade e outros setores da sociedade (Bolsista do Grupo de SAJ).

Após a realização das primeiras visitas nas três comunidades foram levantadas possibilidades de intervenções de acordo com a necessidade de cada uma delas. Percebeu-se que os moradores da comunidade se organizam através da associação comunitária “Ile Axe Yepanda Odé”, criada em 2007, composta por 32 associados.

Em 2011 essa comunidade conseguiu um projeto de empreendedorismo negro intitulado: “Tecendo renda, plantando esperança” em parceria com o governo do estado. Através desse projeto foram compradas máquinas de costura e bordado, sendo oferecidos cursos para todos da comunidade, independente da religião. Os cursos são realizados no salão de festas do terreiro e na cidade no bairro Urbis II.

Na comunidade cigana observaram-se as condições precárias de vida, pois além das péssimas condições de moradia, apresentavam problemas de saúde física e mental. O que mais chamou a atenção do grupo na visita foi: o analfabetismo, segundo eles, devido à condição de serem nômades e a falta de acesso aos serviços de saúde.

No relato de uma das moradoras foi possível perceber as dificuldades vivenciadas pelos ciganos que têm vida nômade, especialmente no que diz respeito à assistência dos órgãos competentes, ainda de

acordo com a cigana, os ciganos que vivem dessa forma são os pobres, pois os que têm dinheiro compram terrenos e residem em local fixo. Assim, buscou-se parcerias com os serviços de saúde e assistência social, buscando aproximar essa comunidade de tais serviços e assim tentar solucionar ou amenizar suas demandas (Bolsista do Grupo de SAJ).

Na comunidade quilombola observou-se uma maior organização por conta de possuírem associação comunitária rural vinculada ao sindicato dos trabalhadores rurais, porém com pouca participação dos moradores.

Na visita a escola, em conversa com a equipe diretora, foi observado que há uma diferença entre as crianças da comunidade quilombola com as demais localidades e que as crianças não reconhecem a história da comunidade e se sentem inferiorizadas, ao se compararem com as demais (Bolsista do Grupo de SAJ).

A aproximação com a realidade de vida das comunidades estudadas foi de fundamental importância para a formação profissional comprometida com as reais necessidades da população, que tanto carece dos serviços públicos.

Foi uma experiência impar que favoreceu a reflexão sobre temáticas que não são trabalhadas na sala de aula. O inquietar-se com a miséria e as condições precárias de vida vai além da academia, serviu de lição para a vida (Bolsista do Grupo de SAJ).

Percebe-se que a Universidade promove projetos muito relevantes, porém há entraves que dificultam a concretização dos objetivos. Um desses entraves foi a dificuldade de parceria com os órgãos competentes de saúde e assistência social, os quais em alguns aspectos, se isentam da responsabilidade de atender as demandas das comunidades (Bolsista do Grupo de SAJ).

No município de Amargosa a principal dificuldade para o desenvolvimento das atividades foi o deslocamento, não houve disponibilidade de transporte da Universidade para várias atividades previstas, aliada a incompatibilidade de horário entre os bolsistas e as comunidades contatadas.

Acredito que de modo geral tive um desempenho satisfatório, na medida em que me impliquei nas

atividades propostas, buscando ser proativa e responsável na condição de bolsista. Infelizmente, no meu grupo de trabalho nem todos bolsistas estavam igualmente comprometidos, o que em algum momento, chegou a prejudicar o bom andamento das atividades. Esse fator também teve um lado positivo, pois me fez repensar posturas e desenvolver habilidades para o trabalho em grupo (Bolsista do Grupo de Amargosa).

Em paralelo com o Programa realizei alguns cursos sobre as temáticas que discutimos, e hoje tenho certeza que a minha futura prática profissional não estará isenta do compromisso ético e social para com os Povos e Comunidades Tradicionais (Bolsista do Grupo de Amargosa).

Nesse sentido, as atividades realizadas por este grupo de trabalho abarcaram duas comunidades tradicionais, a de terreiro e a quilombola, devido à facilidade de acesso e a disponibilidade dos líderes destas.

Foi possível mapear as práticas culturais de cada comunidade. Seus costumes, saberes e fazeres puderam ser percebidos ao longo do processo do Programa. Foi possível conhecer a história de cada uma das comunidades, como se enraizaram na cidade, como foi adquirido o conhecimento e como este tem sido repassado ao longo das gerações. Isso coadunou com as pretensões do Programa, uma vez que o objetivo maior era mapear e conhecer as comunidades tradicionais existentes no Recôncavo da Bahia.

Em Cruz das Almas foram feitas 3 visitas a Secretaria de Políticas Especiais do município, a fim de colher informações sobre certificação das comunidades (se certificadas pela Fundação Palmares ou não) e contatos das lideranças. De acordo com Secretaria Municipal de Políticas Especiais (SEMPE) do município de Cruz das Almas, o mesmo possui 75 terreiros, porém não são certificados e 5 Comunidades Quilombolas, das quais apenas 2 são certificadas pela Fundação Palmares (Comunidade Quilombola Baixa da Linha e Vila Guaxinim) e ainda em processo de articulação a Comunidade Quilombola Aldeia que fica perto da Chapadinha, outra nas proximidades da Sapucaia que, segundo a Secretaria, a comunidade ainda está se organizando legalizando a associação, mas

relata que há necessidade de se reconhecerem como quilombolas e, por último, a Comunidade Quilombola Engenho de São João que se encontra num estágio de maior organização. Quanto aos Povos Ciganos: possui boa quantidade, mas esta é uma comunidade bastante fechada para interferências/ações.

No município de Cruz das Almas, o grupo inicialmente pensou que iria conseguir trabalhar com todos os seguimentos das comunidades tradicionais priorizados pelo Programa (quilombolas, terreiros e ciganos), pelo fato de alguns membros do grupo já terem contato e certa aproximação com os integrantes das comunidades quilombolas (Baixa da Linha e Vila Guaxinim), devido a experiências a partir de outros projetos e de outras ações desenvolvidas em conjunto.

Além disso, essas comunidades quilombolas estavam localizadas dentro da própria Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), o que viabilizava a logística e a proximidade para os estudantes, considerando ainda que a Baixa da Linha tinha também um Terreiro de Candomblé, sendo ainda mais favorável que se trabalhasse com mais esse segmento dentro da mesma comunidade. Porém, para a nossa surpresa, as comunidades não aceitaram, o que também inviabilizou a intervenção com o terreiro da própria comunidade.

Assim, precisou-se articular (telefônico e pessoalmente) com a Secretaria de Políticas Especiais do município que disponibilizou o contato de outras comunidades ciganas e de terreiro. Foram indicadas duas comunidades ciganas, porém, tornou-se inviável considerando que a primeira vivia em um bairro da cidade, em casas e não tinham mais o caráter de grupo cigano tradicional e nem o interesse pela proposta de trabalho apresentado, e, o segundo grupo, localizava-se na zona rural do município, mas estavam fechados por conta de uma tragédia que ocorreu nessa comunidade (o assassinato de um de seus membros em frente a Biblioteca Municipal de Cruz das Almas).

Quanto à comunidade de terreiro, conseguimos o contato com o Babalorixá, que foi extremamente solícito e concordou em

participar do Programa. Assim, o segmento que foi possível de ser trabalhado por esse grupo foi o de terreiro. As atividades desenvolvidas foram: estudo teórico, visita de campo com produção de diário de campo referente a cada visita e aplicação de questionário de caracterização da comunidade.

Uma das dificuldades apontadas pelo grupo foi o curto tempo para realização das atividades, pois possuíam muitas ações a serem feitas, e muitas que não puderam ser realizadas.

Uma grande preocupação minha era quanto a continuidade das ações propostas (sei que vai continuar mesmo com o fim do programa), considerando que uma das queixas principais das comunidades era o não retorno por parte dos estudantes/pesquisadores sobre as pesquisas, como nos relatos: “é como se viessem aqui, sugassem tudo o que queriam e fossem embora sem nem dizer para que serviram as informações”. Esse fator, foi também um dos motivos para algumas comunidades não aceitarem a proposta, acreditando que “só seria mais um grupo a sugar e não trazer benefícios” (Bolsista do Grupo de Cruz das Almas).

A ação extensionista desenvolvida esteve articulada com atividades de ensino e pesquisa, considerando que houve um mapeamento das comunidades, com um levantamento de seus dados e de sua cultura/história, ao passo que houve um aprofundamento teórico do tema (foram estudadas as comunidades tradicionais, com discussão em cada reunião, onde cada aluno e tutor levavam suas contribuições acerca do tema), e, em muitos aspectos foi possível identificar situações comuns da teoria com a prática.

No que se refere ao Terreiro de Candomblé de Pai Fernando, durante as entrevistas as lideranças da casa contaram um pouco da história do terreiro e, principalmente, das dificuldades enfrentadas e das demandas deles. Enquanto dificuldades apresentaram questões referentes à documentação (as chamadas “burocracias”) para ter acesso a alguns direitos que deveriam ser concedidos sem precisar desses entraves. Falaram também da visão estereotipada e racista das pessoas sobre essa religião de matriz africana, o que gerava certo distanciamento de algumas pessoas desse terreiro e

também muitas dificuldades em relação a conseguir propor alguma oficina ou projeto com participação popular, até mesmo para que outras pessoas pudessem conhecer a cultura e sua história.

O município de Governador Mangabeira, apesar de não possuir *campus* da UFRB, foi inserido no Programa por solicitação de seus gestores. Neste município o grupo atuou junto ao terreiro Yiê Oyó Mecê Alaketu Axé Ogum, localizado no bairro do Portão. O trabalho contou com a colaboração da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial de Mangabeira, através de seus gestores que indicaram essa comunidade de terreiro.

O Secretário apresentou o responsável pelo terreiro Babalorixá Leomar, filho do finado Leopoldo. Alguns encontros e oficinas foram realizadas nesse terreiro, em um desses encontros o professor Borges, Secretário de Igualdade Racial de Governador Mangabeira falou da importância do Programa e o grupo apresentou a proposta mostrando as motivações da universidade, os possíveis resultados da pesquisa que poderiam servir como ferramenta de promoção da igualdade, no sentido de oferecer a comunidade e ao Estado informações precisas de quem e de como as pessoas se organizam em torno de suas atividades particulares construídas ao longo do tempo.

O líder da comunidade em outro encontro deu alguns exemplos de ações desenvolvidas pelo terreiro, falou que além dele que está no topo da hierarquia da comunidade daquele terreiro, contava com o auxílio do Babakekerê Lucas, seu irmão de sangue e também filho do finado Leopoldo criador do terreiro. Além deles tem uma comunidade 300 filhos de santo, menos da metade participam periodicamente das atividades e todos os outros uma vez por ano.

Discutiu-se que entre os filhos da casa, existem inúmeras funções específicas, que vai daqueles que tocam no ritual, Alabês, aos que manipulam as plantas sagradas Babalossain, dos que manipulam a alimentação sagrada, que alimenta os orixás e os convidados nas festas, Yabassê e de inúmeras outras funções como: o ladagan, e lamoro que ocupavam diversas atribuições.

Essas afirmações nos levam a perceber como ha uma complexidade organizacional no terreiro e que as funções são de acordo com as necessidades da comunidade. Isso quer dizer, que se a comunidade gira em torno de uma prática religiosa as funções ali presentes estão interligadas a essa atividade. No entanto, religião, não está dissociada das outras atividades sociais. Ou melhor, é no terreiro também que se encontra alívio espiritual e corporal (?). Um conflito, neste sentido de evidência. Estamos buscando fazer com que as pessoas sejam atendidas nos postos de saúde e demais organismos públicos com qualidade, ou queremos que desenvolva suas próprias formas de saúde no local em que elas se localizam? (Bolsista do Grupo de Governador Mangabeira).

Em Cachoeira entramos em contato com a gestão que trouxe informações sobre o Quilombo Engenho da Ponte e o Terreiro do Ventura como comunidades onde esse trabalho poderia ser feito. O gestor de igualdade racial, Edvaldo Buda, indicou também o Terreiro do Quebra Bunda. Tentou-se também contato com a gestão do município de São Felix, mas infelizmente não se obteve nenhum retorno.

Expomos o quão foi e está sendo gratificante interagir discutir a participar de tais ações junto a essas comunidades, sendo assim, ressaltada a importância dos saberes tradicionais, os quais não estamos acostumados a vivenciar no ambiente universitário. Devemos reconhecer a receptividade do líder comunitário que nos recebeu de uma forma muito elegante e diferenciada, nos ouviu, deu sugestões e nos aceitou de boa vontade (Bolsista do Grupo de Cachoeira).

Foram realizadas visitas, conversas informais com líderes comunitários e representantes de serviços de saúde e assistência social, como também à Secretaria de Cultura e de Promoção da Igualdade Racial, onde se obteve informações adicionais sobre as comunidades indicadas.

### **Considerações finais**

A experiência deste Programa foi bastante significativa, visto que eram temáticas do interesse dos bolsistas e das comunidades inseridas. Entretanto, os entraves da burocracia na aquisição dos

materiais, equipamentos e insumos, previstos no escopo do Programa e a dificuldade na disponibilização de transporte por parte da universidade, contribuíram inviabilizaram o desenvolvimento de muitas das ações previstas, desestimulando os bolsistas, a equipe de coordenadores e principalmente afetando nossa relação com as comunidades.

O tempo foi um grande rival para que pudéssemos elaborar um belíssimo trabalho, pois trabalhar com comunidades tradicionais exige um tempo “exclusivo”, o que não tivemos, uma vez que foram menos de nove meses para que pudéssemos fazer o mapeamento das comunidades, encontrar uma comunidade que aceitasse a intervenção da Universidade, conhecer as realidades de cada comunidade e dialogar bastante, antes de começarmos as atividades propostas por cada grupo.

Uma das principais dificuldades encontradas se deu em fazer o mapeamento das comunidades ciganas, sendo que, tais comunidades por tradição, não ficam por muito tempo no mesmo lugar. Essa situação exigiria do Programa uma metodologia aplicável a essa condição, que não foi possível de ser testada e aplicada pelo pouco tempo do cronograma. Já nas comunidades de terreiro e quilombolas não houveram muitas dificuldades, o contato foi feito diretamente com seus representantes o que facilitou realização das ações propostas e desenvolvidas pelo Programa.

## Referências

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social – **Política Nacional para Povos e Comunidades Tradicionais**, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out., 1988. Disponível em URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm) – acessada em 29/09/2015.

FORPROEXT – **Política Nacional de Extensão Universitária**. Fórum de Pró-Reitores de Extensão Universitária. Manaus/AM, 2012.

NACIL, Paulo Gabriel Soledade – Reitor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, **PDI** - 2010.

PNUD **Notícias**, 2008 - Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=2062> acessado em 30/09/2015.

UFRB - **PDI** - 2010/2014 da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2010.



# Mulheres quilombolas e violência

*Ana Claudia Souza Lemos*

*Cristiane dos Santos Silva*

*Amália Nascimento do Sacramento Santos*

*Maria Conceição Costa Rivemales*

*Ana Beatriz Argolo Cavalcante Lima*

*Daniel Oliveira Medina da Silva*

*Guilherme Bernardo Meira*

*Raissa Morgana dos Santos Fuza*

*Thauã Mota de Abreu*

## Introdução

A violência contra a mulher representa um problema grave de Saúde Pública e decorre das relações de poder estabelecidas sob a ótica assimétrica das relações de gênero, manifestas de inúmeras maneiras, atingindo todas as classes sociais, culturas e sociedades. Tais relações assimétricas colocam no centro o entendimento do gênero como *construto social* e elemento produtor de desigualdades que determina os papéis sociais para mulheres e homens a partir das diferenças entre os sexos e estabelece as relações de poder na sociedade (SOUZAS, 2017; HOLANDA *et al.*, 2018).

A violência de gênero, por sua vez, decorre destas assimetrias, sendo definida como qualquer ato ou ameaça que possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, emocional ou moral à mulher. A Lei Maria da Penha traz no seu Artigo 5º a definição de violência domiciliar e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006).

Esse tipo de violência comumente ocorre no ambiente doméstico, sendo as mulheres agredidas ou violentadas em seus próprios lares e é, geralmente, infligida por um parceiro íntimo

(namorado, ex-namorados, maridos, ex-companheiros), com quem mantém relação afetiva/amorosa. A maior parte das ocorrências de violência contra a mulher resulta em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, espancamentos, tentativas e morte gerando danos físicos e psicológicos, ou mesmo culminam em feminicídio. No Brasil, no ano de 2017 foram registrados no SIM, 4.936, havendo crescimento de 30,7% das ocorrências num período de 10 anos (IPEA, 2019).

Segundo o Mapa da Violência de 2015, os três principais tipos de violência sofridas pelas mulheres, no Brasil, são a violência física (58%), a psicológica (25%) e a sexual (2,4%). Fatores como raça, classe social e situação de moradia, dentre outros, aumentam as vulnerabilidades das mulheres para a ocorrência de situações de violência doméstica. Sobre o feminicídio, o mesmo estudo revela que ocorreram 2.875 homicídios de mulheres negras, enquanto as vítimas brancas totalizaram 1.576 casos, ou seja, morreram 66,7% mais mulheres negras do que mulheres brancas no Brasil (WAISELFSZ, 2015).

A taxa de homicídios de mulheres não negras teve crescimento de 4,5% entre 2007 e 2017, enquanto a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu 29,9%. As disparidades raciais estão evidenciadas quando se verifica a proporção de mulheres negras entre as vítimas da violência letal, totalizando 66% de todas as mulheres assassinadas no país em 2017, explicitando as dificuldades das mulheres negras no alcance às Políticas Públicas no Brasil (IPEA, 2019). Dados da Central de Atendimento à Mulher/Ligue 180 do ano de 2015 registram 76.651 relatos de violências contra a mulher, e destes, 58,86% ocorreram contra mulheres negras (BRASIL, 2015). Estudo com mulheres quilombolas da Bahia apontou desigualdades de raça e classe associados à maiores índices de sofrimento por violência para mulheres negras (SILVA, 2016).

Neste contexto de violência e morte estão inseridas as mulheres negras quilombolas, as quais têm sido apontadas como mais vulneráveis e com baixa disponibilidade de recursos para o enfrentamento de diversos agravos à saúde, incluindo a violência.

As mulheres negras têm suas trajetórias fortemente marcadas pela interseccionalidade de sistemas de opressão como as desigualdades socioeconômicas, o patriarcado e racismo estrutural e institucional, que se sobrepõem e produzem maior grau de vulnerabilidades sociais, sobretudo às situações de violência.

São escassos no Brasil os estudos sobre violência contra mulheres quilombolas, evidenciando uma lacuna de dados que permitam uma análise que considere aspectos raciais da violência e seus impactos na vida das mulheres negras quilombolas, aumentando o grau de invisibilidade desse grave problema de Saúde Pública, o que reforça a necessidade da realização de pesquisas que investiguem a violência doméstica infligida contra mulheres negras e quilombolas (GROSSI; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2018).

O presente estudo teve por objetivo investigar a violência doméstica infligida por parceria íntima contra mulheres quilombolas.

## **Metodologia**

Trata-se de estudo do tipo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa que foi realizado a partir da pesquisa *Saúde reprodutiva e prevenção do câncer de colo do útero de mulheres quilombolas: perfil e cuidado intercultural*. A coleta de dados ocorreu na comunidade quilombola Kalembá, situada no Distrito de Santiago do Iguape, no município de Cachoeira (Recôncavo da Bahia), distante cerca de 110 Km de Salvador, capital baiana. Esta comunidade está circunscrita em um território denominado comunidades quilombolas da Bacia e Vale do Iguape, às margens do rio Paraguaçu e se destaca pela preservação e difusão de costumes da cultura afro-brasileira, destacando-se no desenvolvimento de atividades culturais e de turismo étnico na região no Recôncavo (FERREIRA, 2012).

Participaram da pesquisa 12 mulheres com idade igual ou superior a 10 anos, moradoras da comunidade quilombola de

Kalembá e que aceitaram participar da pesquisa. As participantes foram selecionadas conforme os critérios de inclusão da pesquisa, e que relataram ter sofrido violência doméstica por parceiro íntimo. A coleta de dados se deu entre os meses de fevereiro a julho de 2017, por meio de entrevista gravada, sendo utilizado como instrumento um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas. Para esse estudo foram selecionadas questões relacionadas à ocorrência de violência doméstica por parceiro íntimo. As entrevistas foram realizadas de maneira individualizada e respeitando a privacidade das mulheres. Após a coleta, as entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com CAAE nº 32298314.3.0000.5531. As participantes adolescentes assinaram o termo de assentimento e um de seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As participantes adultas assinaram o TCLE, e todas elas ficaram em posse de uma cópia deste documento, assim como a pesquisadora. Salienta-se que foi assegurada a confidencialidade da identidade das participantes.

## **Resultados e discussão**

As mulheres da comunidade quilombola deste estudo, através de seus relatos, trazem uma vivência da violência como atrizes que protagonizam histórias sofridas e reais, expostas ou ocultas, ou ainda, como expectadoras das histórias de outras mulheres que sofrem violência. Contudo, independente de qual papel estivessem exercendo, tornam-se vítimas à medida que têm sua individualidade aviltada pela opressão do outro que não é um estranho, mas sim, seu parceiro. Ao ser inquerida sobre seu pensamento à cerca da violência e sua ocorrência, uma das participantes demonstrou sentimentos negativos, evidenciados na fala a seguir:

[...] Violência contra a mulher, ave-maria, muito triste, eu me revolto, mas o que fazer? As vezes a gente vê violência até dentro de casa, né? Com o parceiro, vivendo o dia a dia... eu mesmo vejo isso muito e me revolto [...] (Maria 02).

Percebe-se na fala de Maria 02 o sentimento de tristeza e revolta pela situação de violência que ela e outras mulheres. Esses danos psicossociais caracterizados por sentimentos negativos como angústia, tristeza e a as dificuldades das mulheres para o enfrentamento da violência possibilita a perpetuação das vulnerabilidades históricas de mulheres negras, pois, como afirmam outros autores, lhes é tirado a autoestima, a autoconfiança, e a confiança nos vínculos afetivos, sentimentos essenciais para a auto percepção, percepção do outro e a busca pela construção de uma história de vida de conquistas e realizações (RISCADO, 2010; SOUZAS, 2017). Nesse contexto, vê-se a necessidade de ações de empoderamento dessa mulher e dessa comunidade para alcançar melhores níveis de saúde e cidadania.

Embora a situação de violência ameace a mulher de maneira individual, gera um impacto coletivo, pois a mulher violentada deixa de atender ou reduz sua produtividade a toda essa estrutura que ela sustenta dentro do seu grupo familiar, social e ideológico pelo tempo que ela leva para enfrentar toda a perpetração da violência. De acordo outros estudiosos da temática, na organização comunitária quilombola, geralmente a mulher tem uma função social que vai além da produção do trabalho e afazeres domésticos, tem responsabilidades na criação e educação dos filhos e trabalha fora, exerce ainda função na liderança da comunidade, representações culturais e religiosas, sendo a tônica pela manutenção da subsistência, construção social, produção cultural e ideológica da família e comunidade (FERNANDES, 2016; RISCADO, 2010; SILVA, 2016; SANTOS, 2019).

Ao analisar a fala das mulheres em relação à tipologia da violência, nota-se uma associação de significado da violência contra a mulher, marcada em sua maioria, como a violência física, contudo, a ameaça também é sinalizada nos relatos de algumas mulheres.

É uma situação muito desesperadora porque mulher não pode ficar sofrendo ameaça, apanhar de homem, aí não pode, é uma coisa muito desesperadora porque a mulher é uma coisa frágil né? Que a mulher é pra tudo, tudo tem que ser a mulher, pra roupa, pra casa, comida, filho, cuidar do lar. Por que sem a mulher não tem nada feito, pra fazer as coisas, pra achar tudo na mão, é a mulher pra tudo, a mulher trabalha duro, pra depois ficar sofrendo agressão, aí é incrível!" (Maria 1).

"Eu tive uma discussão com meu marido dentro de casa, foi num São João. Eu tive uma briga com ele dentro de casa, aí eu rumei um copo descartável nele, ele disse que era sangue, aí ele veio pra cima de mim, me bateu. Aí, sem eu perceber, ele gritou o irmão dele, aí quando eu fui pra cima do irmão dele, o irmão dele veio com o facão sem eu perceber e me cortou... Cortou no braço e no rosto. No mesmo dia fui na delegacia de Cachoeira, dei queixa, a delegacia mandou eu ir para Santo Amaro fazer corpo delito... até hoje... isso já tem uns 5 anos" (Maria 3).

Violência contra a mulher é muito ruim porque maridos batem, maltratam (Maria 4).

Em diversos estudos sobre a violência contra as mulheres negras, a violência física e psicológica, a exemplo das ameaças é também maior compreendida pelas mulheres em detrimento dos outros tipos de violência (ROSA, 2013; RODRIGUES, 2018), muito embora venha crescendo o empoderamento das mulheres e seu encorajamento para denunciar os diversos tipos (sexual, moral, patrimonial), tendo em vista os movimentos sociais e as políticas de atenção a saúde da mulher (CONAQ, 2019; BRASIL, 2016). Nesse contexto, a invisibilidade da violência tem sido protagonizada por lideranças quilombolas em todo o Brasil, inclusive tratando das ocorrências de feminicídios que é o ápice da violência física (CONAQ, 2019).

Durante observações realizadas em diversos momentos das pesquisadoras na comunidade, ficou claro que algumas situações de violência psicológica e moral eram ditas pelas mulheres, as quais compreendiam as situações como moralmente "erradas", mas não eram classificadas como violência contra a mulher. Existe também uma dificuldade em se estabelecer os limites do que é discordância e do que é atitude violenta nos momentos de divergência nos relacionamentos, ficando assim, muitas situações de

violência psicológica e moral, causada por ambos os parceiros, caracterizadas como desentendimentos dentro do relacionamento do casal. Apesar de não ser dita expressamente no reconhecimento enquanto violência, a violência patrimonial é também uma realidade da violência perpetrada pelo parceiro íntimo no contexto das mulheres estudadas.

Lá eu tenho uma casa de bloco [alvenaria] do “Minha Casa Minha Vida” é em meu nome, não é no nome dele, eu pedi a ele pra sair de dentro de casa, ele não saiu, disse que não saia, não saia, eu peguei e sai, fiz uma casa de taipa pra mim e a casa de lá, ele está dentro... se toda mulher fosse igualmente eu...” (MARIA 03).

A violência patrimonial é desconhecida por muitas mulheres e é uma violação dos direitos humanos, ela está presente na vida de muitas mulheres, sobretudo mulheres brancas, seja nas denúncias isoladamente ou de forma conjugada com outros tipos de violência, principalmente psicológica, associada à perda de bens, tanto de valor material quanto sentimental. Talvez a questão racial ainda camufle mais essa questão no tocante à mulher quilombola que detém menos bens sociais e materiais que outros grupos de mulheres (ACOSTA, 2015). No contexto das mulheres que convivem com a violência, explicita-se também a ineficiência dos sistemas públicos de segurança na garantia de proteção às mulheres. A participantes Maria 03 e Maria 11 relatam:

A violência contra a mulher está demais, e eu não tô vendo segurança para as mulheres. Eu mesma já sofri esse negócio de violência contra as mulheres, já dei queixa e a polícia não fez nada. Eu não confio na segurança, por isso mesmo hoje em dia estou separada por causa disso (Maria 3).

Quem maltrata a mulher tem que ser preso, e hoje em dia com essas, através dessas, dizendo eles que estão fazendo alguma defesa, tá prejudicando mais porque as leis não estão tomando providências [...] e quem tá saindo no prejuízo são elas, quer dizer, no meu vê, tão saindo muito prejudicadas que quando dá uma queixa, que maltratou, que bateu, como aqui na comunidade não tem esses casos [delegacias], quando vai tomar providência, já matou, então é horrível (Maria 11).

Estes relatos corroboram com as discussões de Souza, Santana e Martins (2018), que afirmam a existência de um histórico de impunidade de homens agressores, falhas no atendimento oferecido às mulheres pelas DEAMs relacionadas a despreparo de profissionais prestam atendimento às mulheres muitas vezes de forma discriminatória e muitas vezes inadequada, e ainda, precarização do trabalho e sucateamento dos serviços de segurança pública, fatores estes que somam ao racismo institucional e estrutural e que comprometem a qualidade das ações de combate a violência contra a mulher.

Desta forma, infere-se que, apesar dos aparatos legais de proteção às mulheres vítimas de violência no Brasil como a implementação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) desde 1985 (BRASIL, 1985), da promulgação da Lei Maria da Penha em 2006 (BRASIL, 2006) e da lei do feminicídio em 2015 (BRASIL, 2015), a realidade é de fragilidade na execução deles, pois existem entraves no âmbito da justiça criminal assim como da aplicabilidade das leis, assim como desarticulação dos diversos serviços que deveriam estar firmes e ligados para formar uma rede de atendimento, a fim de oferecer acolhimento e resolutividade dos problemas apresentados pelas mulheres (PASINATO, 2015).

Além dos entraves dos aparatos de segurança, os profissionais de saúde apresentam dificuldades para lidar com a problemática da violência contra as mulheres, sobretudo com as necessidades de mulheres quilombolas, à medida que o atendimento destes profissionais podem reforçar práticas discriminatórias e tratamento desigual baseados na cor da pele das vítimas, evidenciando o racismo institucional, que segundo Jurema Werneck (2016, p.541), ultrapassa a dimensão individual e estabelece a dimensão estrutural do racismo, e que irá operar determinando as formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais e que garantem a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados.

Esse estudo demonstrou em diversos momentos, seja na convivência com as mulheres na comunidade, ou através do relato delas, que falar da violência que sofrem ou presenciam não é fácil. Representa de início, reviver todo o sofrimento, porém não é só isso: significa refletir sobre o sentido disso, ir além da revolta e indignação que o processo de diminuição, subjugação e sofrimento não permite alcançar, e acabam por minar os mecanismos individuais de enfrentamento que, associados ao abandono dos aparelhos sociais de apoio e enfrentamento, só deterioram e aprofundam as vulnerabilidades. Quando a mulher perde seus mecanismos de enfrentamento à violência, ela perde a capacidade de sair da situação de violência, e apresenta dificuldade em falar do assunto, justificando o ato violento e demonstrando incapacidade de lidar com o problema. Tal condição é evidenciada nas falas das entrevistas:

Eu já... (já sofri violência, mas não quero falar) [...]eu mesmo vejo isso muito e me revolto, mas não posso fazer nada (Maria 02).

Tem uns que bate na sua mulher sem querer, mas mesmo querendo..." (Maria 04).

[...] Eu acho que a mulher não pode baixar a cabeça não, mesmo que a justiça não corre atrás, não faz o papel dela, mas a mulher que deve fazer [...] Eu fico daqui insegura, com medo, mas a mulher tem que tomar primeiro a decisão dela, não esperar alguém tomar não, mas foi isso que eu fiz [...]se toda mulher fosse igualmente eu..." (Maria 3).

Penso que muito ruim, que isso não deveria existir no Brasil. Então tem que correr atrás para acabar com isso (Maria 12).

Apesar do protagonismo das mulheres negras rurais quilombolas na resistência contra todas as formas de violência no Brasil (CONAQ, 2019) e como podemos ver nas falas de Maria 04 e Maria 12, nota-se ainda cenários de vulnerabilidades dessas mulheres com passividade nas situações de violência. No primeiro relato, a mulher viveu ou vive situação de violência, porém não consegue visualizar saídas. Por não falar sobre sua experiência, não se sabe quais os fatores que contribuem para a manutenção de uma rotina de violência. Já no segundo relato, a mulher "justifica" a violência

quando diz que o homem pode bater e maltratar a mulher sem querer. Ela busca uma justificativa para a violência.

Como demonstra Rosa (2013), nas relações de agressão pelo parceiro íntimo, destacam-se alguns fatores que colaboram para manter as mulheres nessa situação, como dependência financeira, religião, valores culturais e morais, isolamento social, persistência de que o marido mude de comportamento, chantagens emocionais e negação social do problema.

Depreende-se ainda dessas narrativas, a questão da interrupção dos relacionamentos como forma de quebrar o ciclo da violência, um cenário que pode significar libertação para muitas mulheres. Em contrapartida, há mulheres que vivem condenadas a não poder vivenciar outro relacionamento, o que significa também viver a solidão no trato conjugal, questão peculiar a muitas mulheres negras, e está relacionada com a discriminação racial, preconceitos sociais e falta de políticas públicas de segurança, aumentando as vulnerabilidades para adoecimento dessas mulheres (PACHECO, 2013).

## **Considerações finais**

Este trabalho abordou a violência doméstica contra mulheres quilombolas, infligida por parceiros íntimos. Os resultados apontaram que as mulheres identificam e reconhecem as situações de violência, principalmente a violência física e psicológica, denominada por elas de maus tratos. Os relatos reforçam as assimetrias de gênero que favorecem à ocorrência das situações de violência, além de sentimentos que traduzem revolta, conformismo e falta de confiança nas instituições de segurança pública, contexto que reforçam as vulnerabilidades e invisibilidade das mulheres negras e quilombolas como resultado dos sistemas de opressão que se alicerçam nas desigualdades de gênero, de gênero, de raça e território.

Os aparelhos sociais legalmente instituídos de enfrentamento à violência são ineficazes e inoperantes, não alcançando a mulher qui-

lombola. Existem mecanismos de enfrentamento locais, no entanto a violência acontece de forma velada, não sendo exposta, o que acaba por neutralizar tais mecanismos e impedir a atuação comunitária no problema. Esses aparatos representam formas de acolher, coibir e enfrentar as ocorrências de violência doméstica contra as mulheres, contudo existe a necessidade de uma política pública mais efetiva e de uma rede de atendimento organizada e acessível que assegure segurança e proteção, e dêem condições para que as mulheres se empoderem e consigam romper com as situação de violência.

Essa pesquisa possibilitou a vivência de uma faceta da interprofissionalidade no seu desenvolvimento, quando foram envolvidas pessoas em diferentes processos de formação, contribuindo para a reflexão da necessidade de ações interprofissionais na prática do enfrentamento da violência contra a mulher. Espera-se que essa produção possa contribuir para a efetivação de políticas públicas existentes, com garantia de equidade para as mulheres negras quilombolas, no tocante ao problema multifatorial que representa a violência de gênero e as questões socio-raciais. Esse trabalho também pretende constituir-se como mais um elemento de análise e fonte de informação frente à escassez de literatura sobre essa temática.

## Referências

ACOSTA, Daniele Ferreira, et. al. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema. **Rev Tex Cont Enferm.** Florianópolis, v. 24, n. 1, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde das mulheres:** Protocolos da atenção básica. Brasília, DF, 226.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.104, de 09 de março de 2015.** Lei do Feminicídio. Brasília: Senado Federal, 2018. Disponível em: Acesso em: 25 out.2018.

\_\_\_\_\_. Lei Maria da Penha. **Lei n. 11.340/2006**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. **Balanco 2015, uma década de conquistas**, ligue 180, Central de atendimento à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20f. Acesso em: 29/08/2017. Disponível em: [http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/Balanco\\_Ligue180\\_2015\\_10meses.pdf](http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/Balanco_Ligue180_2015_10meses.pdf).

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 2.170-N, de 24 de outubro de 1985**. Cria a Delegacia Especializada de Defesa da Mulher. *Diário Oficial*, Vitória, 1985.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS QUILOMBOLAS (CONAQ). **Carta denúncia das mulheres quilombolas**. Disponível em: <http://conaq.org.br/noticias/carta-denuncia-das-mulheres-quilombolas/>. Acesso em 29 de maio de 2020.

FERNANDES, S. L.; SANTOS, A. O. **Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas do agreste alagoano**, Brasil. *Interfaces Brasil/Canadá*, 2016, v. 16, n. 2: p. 127-143.

FERREIRA, Valdeci da Silva. **O impacto do Programa Bolsa Família na vida das mulheres de Santiago do Iguape**: comunidade quilombola da cidade de Cachoeira – BA. 2012. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

GROSSI, Patrícia Krieger; OLIVEIRA, Simone Barros de; OLIVEIRA, Jairo da Luz. Mulheres quilombolas, violência e as interseccionalidades de gênero, etnia, classe social e geração. **Revista de Políticas públicas**. Maranhão, v. 22, 2018.

HOLANDA, Viviane Rolim de; VASCONCELOS, Marilena Silva de; SOUZA, Valesca Patriota de; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz. Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Revista brasileira em promoção da saúde**. Fortaleza – CE, v. 31, n. 1, jan-mar, 2018.

IPEA – instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (ORG). **Atlas da violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

PACHECO, Ana Cláudia Lemos. **Mulher negra: afetividade e solidão**. Salvador: EDUFBA, 2013.

PASINATO, Wânia. Oito anos de Lei Maria da Penha. Entre avanços, obstáculos e desafios. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 2, 2015.

RISCADO, Jorge Luiz de Souza; OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista; BRITO, Ângela Maria Benedito Bahia. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de quilombos, em Alagoas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, supl.2, p.96-108, 2010.

RODRIGUES, Elisane Adriana Santos *et al.* . **Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe4, p. 55-66, Dez. 2018.

ROSA, Doriana Ozólio Alves, *et al.* A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo. **Femina**. Março/Abril, vol. 41, nº 2, Belo Horizonte, 2013.

SANTOS, Amália Nascimento do Sacramento; NASCIMENTO, Enilda Rosendo. Proposições de cuidado cultural à enfermagem frente a aspectos da saúde reprodutiva de mulheres quilombolas. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v.33, 2019.

SILVA, Egnaldo Rocha da. Mulher, negra e quilombola: sobrevivência e cotidiano na comunidade de Lagoa Santa, Ituberá-BA. **Revista Gênero**, v.15.n. 1, 2016.

SOUZA, T. M. C.; SANTANA, F. R. M.; MARTINS, T. F. Violência contra a mulher, polícia civil e políticas públicas. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v.13, n. 4, p. 1-13, 2018.

SOUZAS, Raquel. Liberdade, violência, racismo e discriminação: narrativas de mulheres negras e quilombolas da mesorregião centro-sul da Bahia/Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**. v. 7, n. 16, p. 89-102, jun. 2015.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2015: **Homicídio de mulheres no Brasil**. Brasília: Flacso Brasil, 2015.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**. 2016; 25:535-49.

**PARTE II**  
**AGENTES COMUNITÁRIOS E EDUCAÇÃO**  
**EM SAÚDE**



# Saúde da criança e agentes comunitárias de saúde

*Tamille Marins Santos Cerqueira  
Deisy Vital dos Santos*

## **Introdução**

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são escopos que, para além da redução da mortalidade infantil, sinalizam o compromisso de garantir qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2005).

A promoção e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral da criança compõe o oitavo eixo estratégico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Sendo preconizado que esse acompanhamento perpassasse todos os níveis de atenção: “promoção, proteção, atendimento, detecção precoce e reabilitação de alterações que podem refletir na sua vida futura” (BRASIL, 2018, p.63).

Todavia, para efetivação de um processo de trabalho centrado no cuidado da criança e sua família, é necessário contar com a diversidade de formações profissionais, com núcleos de competências específicos, enriquecendo o campo comum de habilidades e práticas, culminando na potencialização da capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2018).

Dentre a equipe de trabalhadores de saúde que cuidam das crianças brasileiras, temos a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) foi criado em 1991, sendo a primeira estratégia para a atenção primária

no Brasil, com o objetivo de ajudar na promoção e prevenção da saúde no âmbito domiciliar e nível local, por meio de ações simplificadas e conforme os pressupostos da Conferência de Alma-Ata (ÁVILA, 2011).

Assim, considerando que o ACS tem o privilégio de mediar e integrar territórios distintos, a comunidade e a unidade de saúde, estabeleceu-se como objetivo deste estudo conhecer a atuação dos ACS nas ações referentes ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, em Unidades de Saúde da Família (USFs) no município de Santo Antônio de Jesus (BA).

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com ACS das Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus, utilizando como critério de inclusão ter, no mínimo, dois anos de atuação nessa unidade. A captação de novos participantes foi interrompida por saturação teórica.

A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas na própria unidade de trabalho do ACS, no período de abril a junho de 2012, gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram interpretados por meio da análise de conteúdo temática, seguindo as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação, seguindo o caminho da análise de dados qualitativos proposto por Bardin (1979 apud MINAYO, 2007). Ao final, emergiram as categorias analíticas: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar.

O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CEP-UFRB) e aprovado com CAEE nº 00796712.7.0000.0056.

Para garantir o anonimato, identificamos as participantes com nomes de personagens principais de histórias infantis do sexo

feminino: Cinderela, Branca de Neve, Bela Adormecida, Rapunzel, Pocahontas, Sininho e Chapeuzinho vermelho. Essa escolha se deu a partir da compreensão de que as ACS, semelhantemente as protagonistas dessas histórias, participam da infância.

## **Resultados e discussão**

### Caracterização das participantes

Participaram deste estudo sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo todos do sexo feminino<sup>2</sup>. Desta forma, vale ressaltar que existem profissões caracterizadas por sua essência feminina. Corroborando com esta ideia, Machin e colaboradores (2011) refletiram sobre a tradicional estrutura e organização dos serviços de saúde, principalmente no que concernem as ações direcionadas ao público infantil, as quais, historicamente, privilegiaram o binômio mãe-filho e acabaram por estabelecer uma influência significativa na maneira como o gênero se relaciona com o cuidado em saúde.

Compreende-se que o tempo de atuação do ACS tenha parcela significativa nesta discussão, uma vez que esta profissão requer uma relação de estabelecimento de vínculo e confiança com a comunidade, portanto a variação do tempo de atuação das ACS situou-se entre 04-11 anos, tendo uma média de 07 anos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009c) colabora com esta afirmação ao referir a necessidade de um relacionamento embasado na confiança, respeito e atenção entre a comunidade e os profissionais de saúde, sendo essa relação uma das principais características da reorganização do processo de trabalho por meio da Saúde da Família.

---

<sup>2</sup> Considerando que as participantes do estudo foram mulheres, definimos que na análise dos dados faremos referência as mesmas utilizando o artigo definido de gênero feminino A, ou seja, quando referirmos as ACS, leia-se ACS dessa pesquisa e quando referirmos os ACS, leia-se os profissionais que representam a categoria nacionalmente.

## Categorias analíticas

O Ministério da Saúde (2000) refere que dentre as atividades propostas para a atuação do ACS, este deve atentar-se para quatro verbos importantes na execução de seu trabalho, que refletem a maioria de suas ações: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar. Desta forma, o relato das participantes permitiu o reconhecimento de uma categoria analítica intitulada “Identificar, Orientar, Encaminhar e Acompanhar no ACD: fazemos assim”, que se subdividiu em quatro subcategorias, as quais serão apresentadas abaixo.

### Identificação pelas ACS

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), uma das formas de atuação do ACS é a identificação, que se trata de uma ação que requer muita atenção, além de treinamento deste profissional para que seja capaz de reconhecer fatores de risco de determinadas doenças, a fim de poder encaminhar as pessoas à unidade de saúde, visando o estabelecimento de um diagnóstico seguro.

Assim, quando questionadas sobre a forma de identificação das crianças em sua atuação no ACD, algumas ACS referiram o modo de identificar a partir da doença ou agravo encontrado. Branca de Neve diz: “A gente identifica assim, às vezes uma doença neurológica, né, pra vê se a criança tá crescendo certinho, direitinho”.

Podemos perceber a atuação do ACS compatível com o preconizado pelo Ministério da Saúde na citação supracitada. Para corroborar com esta discussão, Santos e Pieratone (2010) afirmam que as profissões específicas do setor estão tradicionalmente mais voltadas para a prevenção e tratamento das doenças ou para aspectos particulares da saúde, logo espera-se que o ACS tenha sua atuação integrada aos conhecimentos multiprofissionais, não deixando de lado, porém, sua particularidade de interação com a comunidade. Nessa perspectiva, o Agente destaca-se neste grupo por possuir características específicas, tornando-se um recurso

humano imprescindível e estratégico para a possibilidade de implementação de ações de promoção e de novas formas de perceber e praticar a atenção à saúde.

Nessa concepção encontramos Sininho que demonstrou ter uma percepção ampliada na atenção à saúde da criança, ao afirmar que o seu modo de identificação acontece da seguinte forma: “quando a gente acompanha a gestante, a gente já pega a criança desde o momento do nascimento”.

E, para o desempenho de suas funções, o ACS tem como instrumento principal em sua atuação a visita domiciliária, que constitui uma atividade fundamental em seu trabalho, pois ao entrar na casa de uma família, este profissional tem a possibilidade de conhecer não somente a estrutura física, mas tudo o que esse espaço representa, a saber: suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009b).

Essa afirmação foi ratificada nesta pesquisa por algumas entrevistadas, quando descreveram que a atuação do ACS na identificação das crianças é realizada através da visita domiciliária e consequente cadastramento, como podemos observar abaixo:

[...] na minha microárea eu tenho que conhecer todos os menores de cinco anos da minha área, então nas visitas domiciliares eu identifico essas crianças [...]. Cinderela.

É como o cadastramento, a gente faz o acompanhamento justamente pelo cartão da família, então a gente cadastra, né, no cadastramento a gente tem umas identificações que a gente faz um questionamento, né, de como essa mãe tá acompanhando a criança Rapunzel .

Ao realizar o cadastramento, este profissional pode identificar os principais problemas de saúde vivenciados pela família, contribuindo, deste modo, para o planejamento da assistência de acordo com as necessidades reais da comunidade (BRASIL, 2009b).

Lima, Silva e Bouso (2010) esclarecem que o ACS é o profissional que tem posicionamento privilegiado, quando comparado

aos demais profissionais da equipe de saúde, pois o planejamento em saúde, o controle dos agravos, bem como as ações de promoção e de prevenção à saúde, pode ser realizado através das visitas domiciliárias da equipe, sobretudo os ACS permanecem em contato mais frequente com as famílias no domicílio, desenvolvendo uma relação de vínculo e confiança.

### Orientações das ACS

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a orientação desenvolvida pelo profissional ACS é uma ação que este realiza cotidianamente, visando à tomada de conhecimento minuciosa a respeito de um determinado problema vivenciado pela comunidade, objetivando a resolução do mesmo.

Apresentaremos a seguir os discursos relatados pelas ACS, quando questionadas sobre sua atuação na orientação do ACD. Inicialmente, traremos as falas que convergem com relação à vacinação. Vejamos:

[...] a gente também orienta a questão de vacinas, a tá com o calendário de vacinas em dia sempre. Bela Adormecida.

[...] da importância de acompanhar certinho a caderneta de vacinação, a gente tem uma idade que até dois anos a mãe vem pro posto, depois não vem mais, então a gente mostra a importância de continuar o acompanhamento. Rapunzel.

O ACS deve ter uma cópia da ficha vacinal e do gráfico de crescimento de cada criança, também conhecida como cartão espelho; este auxilia no acompanhamento sobre os aspectos que envolvem o crescimento e saúde da criança, e pode ser utilizado durante as visitas domiciliares que este profissional realiza (BRASIL, 2009a). Além da preocupação com o calendário vacinal, as ACS também referiram desenvolver atividades de orientação a respeito do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança.

A gente orienta o aleitamento materno exclusivo, né, que a gente mostra a importância dele na vida da

criança, né? É um pouco difícil, mas a gente tenta orientar de forma o mais clara possível pra que elas possam aderir. Rapunzel.

O incentivo a amamentação corresponde a uma das linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança, descrita na *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Esta temática tem se configurado fundamental no âmbito da saúde da criança na perspectiva da promoção, proteção e apoio à mulher desde o período gestacional (BRASIL, 2005).

Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução da alimentação complementar de forma segura, acessível e culturalmente aceita na dieta da criança, em época oportuna e de forma apropriada, é de notória importância para o crescimento e desenvolvimento infantil, visando a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em saúde pública (BRASIL, 2009c), vejamos o que Cinderela falou a respeito desta questão:

[...] Qual alimentação dessa criança? Na parte da alimentação, o que é que eu vou sugerir a meu filho de alimentação após os seis meses de idade, então isso tudo faz parte, né da promoção de saúde da criança. Cinderela.

A introdução de alimentos na dieta da criança, após os seis meses de idade, deve suprir as necessidades nutricionais da mesma, sendo complementares às diversas propriedades do leite materno, deve ainda aproximar gradativamente a criança aos hábitos alimentares de seus cuidadores. Exige, portanto, um esforço para adaptação a nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes (BRASIL, 2009c).

#### Encaminhamentos realizados

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), encaminhar no âmbito da atuação do ACS significa o momento em que este faz a ligação entre a comunidade e a unidade de saúde. Portanto, visando o desempenho desta ação com eficiência é necessário o

entrosamento com a equipe, a fim de que as pessoas recebam assistência apropriada.

Assim, quando arguimos as ACS sobre essa ação, muitas foram as razões que estes profissionais apresentaram para encaminhar as crianças, entre elas o ato de referenciar à unidade de saúde quando identificaram vacinação em atraso, como podemos observar no trecho de Rapunzel:

[...] vacinas atrasadas a gente encaminha pra unidade, né, a gente não faz isso formalmente, como no papel, a gente simplesmente na orientação da conversa, a gente conversa e aí a gente consegue trazer aqui pra unidade. Rapunzel.

Destacamos o discurso da ACS supracitado, pois a mesma afirma que ao identificar um fator de risco, no caso, o esquema vacinal atrasado, encaminha diretamente para unidade de saúde na tentativa de solucionar o problema. Deste modo, para o reconhecimento de algum agravo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) recomenda a necessidade de treinamento deste profissional, a fim de que desenvolva a capacidade de ouvir e reconhecer fatores de risco e sinais de alerta de determinadas doenças, para poder encaminhar os usuários corretamente ao serviço de saúde.

Vale ressaltar que as ACS têm a unidade de saúde como referência para seus encaminhamentos, ou seja, este profissional acredita que o serviço onde atua tem a capacidade de solucionar os problemas demandados no acompanhamento das crianças, quando ele não consegue intervir sozinho. Logo, ao encaminhar os cuidadores destes menores para USF, as ACS encontram suporte da equipe. Observemos o fragmento da fala a seguir:

[...] Encaminhamos direto, pra qualquer coisa que a gente nota de diferente, a gente encaminha pra unidade de saúde, pra o enfermeiro ou pra o médico, e a gente trabalha muito com isso, com a prevenção. Branca de Neve.

Ratificando a importância da unidade de saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) aponta a estratégia de saúde da família como eixo norteador para a organização da atenção básica. Este

local permite o desenvolvimento de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de vigilância aos problemas de saúde.

As ACS entrevistadas também encaminham as crianças para realização do acompanhamento do peso/nutrição por diferentes profissionais, ou seja, os que compõem a ESF e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF):

No acompanhamento do peso, se tá com o peso muito baixo, aqui na unidade de saúde tem o NASF que é o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, já encaminha para o nutricionista e aí fica fazendo aquele elo entre o nutricionista, o agente comunitário, médico, é importante isso, né? Cinderela.

Talvez assim, se precisar de orientação do nutricionista do NASF, por exemplo, aqui a gente pode dar esse suporte, se for paciente pra passar pela clínica, pela médica que a gente tem aqui pra fazer exames e tal, também é resolvido aqui no posto [...].  
Bela Adormecida.

O estado nutricional, em todos os ciclos da vida, é avaliado a partir de dados antropométricos, peso e altura. Para saber se a criança está com o crescimento compatível com a idade, os valores obtidos destas variáveis são plotados nos gráficos da CaderNETA de Saúde da Criança (CSC), tanto as situações de baixo peso como os casos de peso elevado para idade devem ser encaminhados à equipe de saúde para a consulta (BRASIL, 2009a).

Para a realização dos procedimentos acima é possível contar com assessoria dos nutricionistas que compõem o NASF. Esse núcleo foi criado em 2008 com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção primária saúde, bem como sua capacidade de resolução de problemas. Eles podem ser constituídos por equipes compostas de profissionais das diversas áreas do conhecimento, que atuam em parceria com equipe de saúde da família, entre eles: nutricionista, psicólogo, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médicos especialistas (BRASIL, 2009b).

## Acompanhar no ACD

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), acompanhar significa prestar assistência aos grupos prioritários da sua comunidade, como, por exemplo, mulheres gestantes, puérperas, recém-nascidos, crianças, adolescentes, idosos, hipertensos, diabéticos, dentre outros.

Com relação ao seguimento das crianças desde o seu nascimento, algumas ACS referiram que acompanham desde o pré-natal de sua mãe. O acompanhamento de todas as gestantes da área de atuação do ACS é uma etapa fundamental e prioritária de seu trabalho, que compreende o desenvolvimento de ações preventivas de doenças e agravos e de promoção à saúde (BRASIL, 2009a). Vejamos o que Sininho afirma: “A gente começa já desde o pré-natal, a gente começa o trabalho de acompanhamento das crianças a partir do pré-natal”.

Nesse sentido, percebe-se que o acompanhamento da criança se inicia na gravidez com a monitorização do seu crescimento intrauterino e das condições gerais de saúde. Para isso, é fundamental a detecção e captação precoce das gestantes para o pré-natal e a identificação de fatores de risco para a saúde da criança, que exigem a necessidade de uma atenção mais cuidadosa (VIANA, 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) afirma que quanto mais precoce for realizado o diagnóstico de gravidez, mais apropriado será o acompanhamento do desenvolvimento do bebê. O ACS deve orientar as gestantes quanto à necessidade de realização do pré-natal na unidade de saúde, caso a mulher não compareça, este profissional precisa fazer a busca ativa.

Também, como forma de acompanhamento, as ACS referiram utilizar a CSC. Observemos a descrição deste modo de atuação:

A gente acompanha nas visitas domiciliares, a gente faz o acompanhamento do peso das crianças

através do gráfico que fica no cartão de vacina, peso, altura, para vê se está compatível com a idade, e é isso, e nessa rotina a gente identifica se existe fator de risco ou não. Bela Adormecida.

Nesse sentido, a CSC é destinada a todos os nascidos em território brasileiro e, por estar atrelada às ações de acompanhamento e promoção da saúde, configura-se como estratégia excepcional nas políticas de diminuição da morbimortalidade infantil. Os registros iniciais sobre o parto, puerpério, informações sobre o recém-nascido e dados de identificação da criança e da sua família devem ser feitos nas unidades hospitalares. Após a alta, os registros subsequentes são executados por profissionais responsáveis pelo acompanhamento da criança, nos serviços de atenção básica ou em outros serviços eventualmente procurados (GOULART *et al.*, 2008).

Ainda sobre a forma de acompanhamento da criança, uma ACS relatou desenvolver atividades educativas referentes ao cuidado prestado ao público infantil, através de palestras englobando diversos temas. Notemos o trecho de sua fala:

As ações são sempre palestras, né, sempre palestras aqui na unidade, eventos que a gente faz, convida sempre algumas pessoas, né, médicos, profissionais pra palestrar. Os temas sempre são alimentação nessa faixa etária de idade, a amamentação, né, diarreia, tudo temas assim, referente à criança nessa faixa etária de idade. Pocahontas.

Nesse sentido, Baralhas e Pereira (2011) afirmaram que esses profissionais se comprometem com o cuidado a família e se responsabilizam por ela, utilizando diversas estratégias, dentre elas as atividades de educação em saúde; a formação de vínculo com os usuários; mecanismos de relacionamento interpessoal que envolve ações de humanização e acolhimento, possibilitando, assim, uma elevação do autocuidado da população.

### **Considerações finais**

A atuação das ACS, nas ações referentes ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no município de

Santo Antônio de Jesus (BA), pode ser reconhecida por meio do modo como identificam as crianças, como orientam as famílias, como acompanham o seu crescimento e desenvolvimento e como encaminham aos serviços de saúde.

Observou-se que essas ações estão entrelaçadas e nos discursos estão misturadas e agrupadas, dificultando a sua dissociação. Isto foi bastante significativo, pois compreendemos que o trabalho do ACS não é desempenhado em etapas estangues, e sim de forma interligada, visando a continuidade e integralidade do cuidado que é ofertada a população infantil do município. Assim, a visibilidade, valorização e a dimensão do cuidado produzido pelas Agentes Comunitárias de Saúde, na atenção da saúde da criança, são exaltadas com os achados dessa pesquisa.

## Referências

AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva** [online]; v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a37.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020. ISSN: 1413-8123

BARALHAS, M; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis**, Rio de Janeiro; v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000100003&lng=pt&nrm=i-so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100003&lng=pt&nrm=i-so). Acesso 03 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2005, 80 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf). Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2009<sup>a</sup>, 260 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf). Acesso em: 03 jun. 2020. ISBN: 978-85-334-1645-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2009b, 84 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf). Acesso em: 03 jun. 2020. ISBN: 978-85-334-1628-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2018. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Integral\\_a\\_Saude\\_da\\_Crianca\\_PNAISC.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf). Acesso em: 03 jun. 2020. ISBN: 978-85-334-2596-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2009 c. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf). Acesso em: 03 jun. 2020. ISBN: 978-85-334-1561-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. 3ª ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000, ISBN 85-334-0224-4.

GOULART, L. M. H. F *et al.* Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Rev Paul Pediatría** [online]; v. 26, n. 2, p.106-112, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n2/a02v26n2.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020. ISSN: 1984-0462.

LIMA, A. N; SILVA, L; BOUSSO, R. S. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo; v. 19, n. 4, p. 889-897, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/15.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva** [online]; v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 4ª ed. São Paulo: Hércitic, p. 303–309. 2007.

SANTOS, M. R; PIERANTONI, C. R; SILVA L. L. **Agentes Comunitários de Saúde**: experiências e modelos do Brasil. *Physis [online]*, Rio de Janeiro; v. 20 n. 4, p.1165–118, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a06v20n4.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

VIANA, M. R. *et al.* **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004.

# **Agentes comunitárias de saúde: violência infantil**

*Claudiana Bomfim de Almeida Santos  
Ramona Garcia Souza Dominguez  
Deisy Vital dos Santos*

## **Introdução**

A violência configura-se como um grave problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência (BRASIL, 2001a). Nesse contexto dolente, a vulnerabilidade das crianças é reconhecida, tendo em vista a extensão e gravidade que assumem os atos violentos e as repercussões negativas à saúde desses indivíduos em pleno processo de crescimento e desenvolvimento (SANCHEZ; MINAYO, 2006).

Dentre as mais diversas formas e desdobramentos que assumem a violência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica em três grandes categorias: a praticada contra si mesmo (auto infligida), a cometida por indivíduos e/ou grupos (interpessoal) ou por organizações maiores (coletiva) (KRUG *et al.*, 2002). Quanto à violência interpessoal, esta pode ser dividida em comunitária e intrafamiliar (BRASIL, 2010).

Dentre as categorias supracitadas, foi objeto desse estudo a violência intrafamiliar contra crianças, que é entendida como: “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família” (BRASIL, 2001b, p.15). Podendo ser perpetrado dentro ou fora da casa por algum membro da família, mesmo que esse não mantenha laços de consanguinidade com a vítima, bastando, para isso, apenas que haja uma relação de poder entre o agressor e o agredido (BRASIL, 2001b).

Os profissionais da saúde assumem posição de destaque no cuidado às vítimas ao identificar uma situação de violência ou de condições indicativas de que esse evento possa ocorrer, na perspectiva de romper ou evitar as dinâmicas abusivas (BRASIL, 2010). Nessa esteira, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é apontada como o principal lócus para o enfrentamento da violência (SOUZA; SANTOS, 2013), pelo potencial de identificação dos fatores de risco no território adstrito ou de confirmação diagnóstica (BRASIL, 2001b).

Dentre os trabalhadores que atuam na ESF, destaca-se o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no enfrentamento desta problemática pela liderança natural que exercem, por manter contato permanente com a população cadastrada à unidade de saúde, compartilhando, assim, da realidade e práticas de saúde locais (BRASIL, 2009). Somado a isso, esse estudo justifica-se pelo achado de investigação anterior, realizado por duas das autoras, onde as enfermeiras de Unidades de Saúde da Família (USF) referiram que os ACS têm papel fundamental no reconhecimento da violência intrafamiliar (SOUZA; SANTOS, 2013).

Nessa perspectiva, a presente investigação teve como objetivo descrever a atuação de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com ACS das USFs da zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus (BA), utilizando como critério de inclusão ter, no mínimo, dois anos de atuação nessa unidade. A captação de novos participantes foi interrompida por saturação teórica (MINAYO, 2013).

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada, no período de abril a junho de 2012, gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram interpretados por meio da análise de conteúdo temática, seguindo as seguintes etapas: pré-análise,

exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2013).

Essa pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CEP-UFRB) e aprovado com CAEE nº 00796712.7.0000.0056. Assim, para garantir o anonimato identificamos as participantes por ACS 1, [...], ACS 9.

## **Resultados e discussão**

Participaram deste estudo nove ACS do sexo feminino, com ensino médio completo e tempo de atuação na atual unidade superior a quatro anos.

A predominância do sexo feminino entre as participantes da pesquisa corrobora com outros estudos (CASTRO *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2011) e reafirma a figura da mulher como cuidadora, presente em outras profissões da área da saúde (CASTRO *et al.*, 2017). Quanto ao grau de formação escolar formal, nota-se que a maior parte das ACS possuem ensino médio completo e atendem os requisitos básicos para exercer essa atividade (BRASIL, 2018).

Ainda em relação à caracterização, verificou-se que as ACS atuavam na unidade por um período superior a dois anos, sendo que quatro delas apresentaram tempo de serviço entre 04 a 07 anos e as demais, 08 a 14 anos. Esse tempo faz-se necessário para que o agente possa conhecer a população adscrita sob sua responsabilidade, estabelecer vínculo de confiança e entender a importância de seu papel no serviço onde atua (GARBIN *et al.*, 2014).

A partir da análise das entrevistas, emergiram quatro categorias analíticas fundamentadas nas principais atividades exercidas pelos ACS: Identificação; Encaminhamento; Orientação e Acompanhamento.

Identificar é uma ação que necessita de atenção, sendo esta imprescindível para perceber os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde e que estão relacionados às

enfermidades, a fim de poder encaminhar corretamente a pessoa ao serviço para uma avaliação mais detalhada (BRASIL, 2009).

Como forma de enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças, as ACS entrevistadas relataram utilizar as visitas domiciliares para identificar possíveis situações de maus-tratos, como dispomos nas falas a seguir:

Nós identificamos através das visitas, né? Domiciliar... que as vezes, é até duas vezes no mês [...] (ACS 1).

Sempre a gente faz as visitas domiciliares [...] (ACS 2).

As visitas podem desempenhar papel preponderante na diminuição de desfechos negativos relacionados à saúde da criança, tais como a violência intrafamiliar, fato este evidenciado por estudos internacionais que avaliaram esse tipo de intervenção (EFEVBERA *et al.*, 2018; PEACOCK *et al.*, 2018). Tal observância também favorece a implantação de cuidados protetivos ao bem-estar da criança e consequente direcionamentos às famílias no sentido de prevenir e superar as violências (BRASIL, 2010).

Sobre as formas de identificação da violência intrafamiliar, as ACS dizem buscar sinais/evidências que comprovem os maus-tratos infantis, como as apreendidas nas falas a seguir:

[...] a gente sempre faz aquela investigação. Vê a criança, observa se ela tá com alguma mancha, se ela tem alguma queixa, uma tristeza, alguma coisa [...] (ACS 3).

[...] eu tenho identificação na área, aí eu vou procurar a certeza. [...] procuro vê se identifico alguma coisa de violência com aquela pessoa (ACS 5).

Coadunando com esse achado, Rocha (*et al.*, 2011) apontam que diante da suspeita de violência contra criança, seja devido à visualização de marcas no corpo ou de mudanças no comportamento da criança, os ACS procuram buscar outras informações ou sinais para ratificar ou descartar o fato. No entanto, a confirmação dos maus-tratos não deve ser tardia, pois quanto mais intensa ou prolongada a situação de vitimização se apresenta, mais graves e indelévels poderão ser os danos causados à criança (BRASIL, 2010).

Por outro lado, percebe-se que, apesar da dificuldade em detectar os maus-tratos psicológicos, devido à falta de marcas visíveis no corpo, os sentidos atentos da ACS 6 conseguiram captar as consequências geradas pelo fenômeno no comportamento da vítima.

Se eu chego numa casa e vejo uma criança tá lá deitadinha, quietinha, fora de coisas de rotina, a gente aí fica de olho pra ver o que é, pra investigar o que realmente aconteceu [...] (ACS 6).

Um dos mais sérios danos causados pela violência psicológica é o bloqueio ou o impedimento do curso normal do desenvolvimento da criança. Este processo se dá de modo crônico e gerador de sequelas em diferentes graus de comprometimento com demonstrações de ansiedade e angústia que se desdobram em distúrbios de comportamento desviantes do habitual de uma criança saudável e favorecem a procura aos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

As ACS dizem contar com os dados da vítima, dos familiares e com a ajuda dos vizinhos:

[...] converso com a própria criança, identifico alguma coisa (ACS 7).

É muitas vezes [...] é identificada através dos vizinhos... (ACS 8).

Se a gente sentir alguma coisa estranha, a gente procura saber dos familiares da casa. Se não tiver as informações, a gente pega na vizinhança né? [...] (ACS 9).

Portanto, a identificação se refere tanto ao conhecimento quanto à suspeita da existência de situações de abusos na infância. O fato de o ACS residir no mesmo território onde atua profissionalmente, facilita a detecção e a prevenção da violência nas famílias adscritas (GARBIN *et al.*, 2014).

A investigação ainda pode estar pautada nas causas da violência e na identificação dos fatores de risco que, quando presentes, aumentam a probabilidade da ocorrência dos maus-tratos (BRASIL, 2001b). Isso foi relatado pelas ACS nos trechos que seguem:

Identifica os riscos, alguns casos de violação contra os direitos das crianças e dos adolescentes e um deles é justamente esse: É os conflitos familiares [...] (ACS 3).

Olha só, a gente identifica assim: nas famílias que têm problemas com alcoolismo, pobre, famílias que tem problemas com drogas [...] (ACS 4).

O Ministério da Saúde reconhece alguns fatores de risco para a ocorrência da violência contra crianças, a saber: famílias que se encontram em situação de crise, perdas (separação do casal, desemprego, morte, migração e outros); antecedentes criminais ou uso de armas; abuso de drogas; gravidez não planejada e/ou negada; pai/mãe com múltiplos parceiros; ausência ou pouca manifestação positiva de afeto entre pai, mãe e filhos (BRASIL, 2001b).

Block (2017) evidenciou que fatores associados à pobreza, como: estresse relacionado à insegurança alimentar; educação pobre; morar em bairros violentos e desemprego, podem provocar um nível de frustração nos pais que favorece a prática dos maus-tratos infantis. Entretanto, a cultura da violência tem incidência em todas as classes sociais, não estando necessariamente atrelada à religião, profissão, grau de escolaridade ou posição política (BRASIL, 2001c).

Encaminhar é o momento em que o agente faz a ligação entre a comunidade sob sua responsabilidade e a unidade de saúde. Caso haja situações que demandem a participação de outros profissionais, compete ao ACS informar à equipe quanto à situação visualizada, pois, não havendo o comparecimento à unidade, deverá ser realizada busca-ativa ou visita domiciliar (BRASIL, 2009).

Nesse estudo, as ACS afirmaram que ao se depararem com suspeita ou confirmação dos maus-tratos infantis, recorrem à gerente e/ou enfermeira da unidade.

[...] tendo essa violência aí, a gente aciona o posto de saúde – a unidade, aí a pessoa que tá na gerência ou a enfermeira, a dentista ou o médico... a gente passa pra um deles [...] (ACS 5).

Esse achado também foi encontrado em outra investigação, onde as ACS afirmaram que recorrem à sua respectiva supervi-

sora para o enfrentamento da violência detectada (ROCHA *et al.*, 2011). Segundo as normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde, esses profissionais devem encaminhar os casos com fortes suspeitas de abuso à USF para que, em conjunto com o instrutor/supervisor e os demais profissionais da unidade, possam definir a conduta mais coerente à situação (BRASIL, 2001c).

Os profissionais nunca devem agir sozinhos em caso de suspeita ou confirmação de violência, especialmente os ACS, em virtude de sua vinculação com os membros da comunidade. Deve-se acionar a rede de cuidado e de proteção social a fim de apoiar as medidas tomadas pelos membros da equipe na garantia dos direitos e proteção da criança (BRASIL, 2010).

Sobre o conhecimento e a atitude dos ACS diante da suspeita, detecção e notificação de situações de violência intrafamiliar, Garbin (*et al.*, 2014) revelaram que 73% (n=35) dos participantes responderam que não se consideram responsáveis pela notificação. No presente estudo, não foi possível avaliar essa dimensão, pois as ACS não referiram o instrumento de notificação como estratégia de enfrentamento e encaminhamento dos casos, o que chama atenção para a fragilidade e limitação das ações relatadas, sugerindo desconhecimento ou ausência de fluxos estabelecidos na rede de atenção intersetorial.

Ainda nesse contexto, evidencia-se a partir das narrativas abaixo que o enfrentamento do fenômeno envolve a participação de outros profissionais:

[...] alguns casos aí encaminha pra psicóloga [...] (ACS 1).

Encaminha essa família [...] leva pra um psicólogo [...] (ACS 3).

O psicólogo, enquanto parte da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pode auxiliar nesses casos ao tornar visíveis os sinais e sequelas que não estão explícitos na pele ou nos órgãos, mas que machucam e condicionam a vida da criança a uma existência de dor e sofrimento (BRASIL, 2010).

Orientar é a ação realizada cotidianamente pelo ACS, procurando refletir com as pessoas sobre os diferentes aspectos dos problemas enfrentados e que soluções podem ser tomadas de acordo com as instruções da equipe de saúde, na perspectiva de não vir a adoecer ou possam restabelecer sua saúde (BRASIL, 2009).

A Visita Domiciliar (VD) se constitui como um instrumento indispensável na educação em saúde, posto que possibilita um intercâmbio de informações que se concretiza na própria vida do indivíduo e de sua família. Verificou-se que as ACS, quando presenciavam situações de maus-tratos infantis, através das visitas domiciliares, referem fazer orientações à família, a fim de prevenir novos episódios estimulando a mudança de comportamento:

[...] ter paciência, a gente tem que tá orientando porque a criança não é formada, ela não tem formação de adulto, a gente tem que ter paciência (ACS 5).

[...] conversando com os pais que a melhor forma de educar é orientando e não espancando e não agredindo (ACS 8).

O estímulo à mudança de comportamento, apesar de importante, não pode ser uma ação isolada, meramente tecnicista e pontual, pois não contempla todas as interfaces causais da violência. Por isso, deve haver um comprometimento da equipe na análise minuciosa das condições, situações e estilo de vida das famílias, a fim de que as orientações possibilitem os encaminhamentos necessários para interromper o ciclo de vitimização (MACHADO *et al.*, 2014).

Considerando ainda que, na maioria dos casos, o agressor é alguém próximo da criança, membros da família tendem a omitir as agressões com o propósito de “preservar” o agressor, evitando a exposição de familiares (FELIZARDO *et al.*, 2014). A equipe deve ainda prestar orientações à família para que ela possa compreender, analisar e tomar as decisões pertinentes à problemática, incentivando meios não-violentos para a resolução dos conflitos e realizando o encaminhamento aos órgãos competentes, a fim de agregar a rede de serviços especializados (MACHADO *et al.*, 2014; BRASIL, 1990).

Ainda é possível perceber que as ACS orientam, por meio de informações, sobre os riscos de penalizações garantidos pelas legislações que asseguram os direitos de proteção às crianças, com uso de linguagem compreensível:

Na orientação eu sempre abordo a questão das leis, das normas, né? Agora de uma forma bem mais clara, popular pra essas famílias [...] (ACS 3).

[...] a criança e o adolescente têm seus direitos e que esses direitos tá garantido por lei (ACS 4).

Destaca-se o fato de que crianças e adolescentes se encontram sob a proteção de leis e sua violação não deve ser tolerada pela população, sendo a sua prevenção de inestimável valor dada a gravidade de suas sequelas físicas e psicossociais (BRASIL, 2001b). Logo, apreendeu-se nas falas das entrevistadas, orientações para a prevenção de comportamentos negligentes por parte dos cuidadores:

Desde que a criança chega, a gente já começa a orientar em relação à vacina, que a vacina é um direito de toda criança [...] e, no mais, a questão da escola né? (ACS 4).

[...] tem pessoas que não dá banho na criança; passa um dia, dois dias a criança com a mesma roupa, a criança fedendo a mijó, a xixi né? [...]. Tem crianças aqui no bairro que pega uma escabiose e leva mês com escabiose sem tratar. Aí então é uma violência (ACS 5).

Assim como evidenciado a partir das falas supracitadas, a existência de lesões dérmicas ocasionadas pela higiene inexistente ou insuficiente, calendário vacinal desatualizado, ausência de tratamento médico adequado e evasão escolar são comuns nas crianças vítimas de negligências. Outros problemas de ordem física e afetiva incluem desnutrição, acidentes domésticos recorrentes, atraso no nível de escolaridade em relação à idade, omissão por parte dos pais na educação e disciplina das crianças (SANCHES; MINAYO, 2006).

Cabe ressaltar que, todos os tipos de violências em maior ou menor grau são passíveis de prevenção. Para tanto, faz-se neces-

sário priorizar o seu enfrentamento, a fim de evitar a ocorrência desses agravos contra crianças, pois além de reduzir os custos com atendimento da vítima, aumenta o impacto e a abrangência na proteção da população (BRASIL, 2001a). Com efeito, é dever de todos, inclusive dos profissionais de saúde, a promoção da saúde e da cultura de paz e a prevenção de violências contra crianças (BRASIL, 2010).

Acompanhar é uma ação que visa avaliar a situação de saúde das pessoas sob a responsabilidade do ACS com o intuito de ajudá-las a conseguir bons resultados. Para tal, todas as famílias devem ser acompanhadas por meio da VD, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde no domicílio e nos diversos espaços comunitários (BRASIL, 2009).

A VD, se constitui como o principal instrumento de trabalho dos ACS, deve ser realizada de acordo com a periodicidade estabelecida no planejamento da equipe em sua área de atuação e em conformidade com as necessidades da população em seu território de abrangência (BRASIL, 2017).

A entrada no domicílio pelo ACS representa a confiança e vínculo estabelecidos com sua comunidade, sendo reconhecida como “procedimento de alta complexidade” ou pelo menos de “alta delicadeza” (BRASIL, 2009). As VDs também são utilizadas pelas ACS do estudo para o acompanhamento das crianças, como apresentado abaixo:

No acompanhamento é sempre ficar fazendo as visitas nas residências né? Se a gente não tiver a abertura das visitas de entrar e tal. Realmente nunca fecham as portas não, porque a gente sabe chegar [...] (ACS 9).

O acompanhamento dos ACS por meio das VDs em áreas delimitadas por prévia seleção no território sob responsabilidade da USF, configura-se como um fator que viabiliza a identificação das necessidades, otimização e racionalização da aplicação das ações prestadas pela atenção domiciliar (GARBIN *et al.*, 2014).

As entrevistadas relataram ainda que realizam o acompanhamento observando se as orientações dadas surtiram efeito:

[...] todo mês visitando e vendo se teve algum progresso aquela orientação que eu dei [...] (ACS 1).

No acompanhamento, é fazendo realmente esses aconselhamentos mesmo, acompanhando sempre, aconselhando sempre, observando como é que tá se tá evoluindo, se melhorou (ACS 2).

As ACS dessa pesquisa realizam vigilância em saúde através de acompanhamentos constantes, podendo contribuir para prevenção da ocorrência de novos episódios de maus-tratos, o que exige uma contínua observação e análise do estado de saúde da população (MACHADO *et al.*, 2014).

Nossos achados contribuem para reafirmar os ACS como importantes atores nas ações de enfrentamento à violência intrafamiliar contra crianças, desde que capacitados e atentos para essas questões, pois auxiliam na detecção de casos suspeitos, atuam na prevenção da violência e contribuem para a promoção da saúde das crianças nas famílias adscritas, reiterando a importância da VD.

### **Considerações finais**

As ACS identificam não somente os sinais e sintomas da violência, mas também os fatores de risco que aumentam a possibilidade de uma criança ser vitimizada, alertando as famílias por meio de orientações pertinentes à situação vivenciada, atuando preventivamente na ameaça ou na violação dos direitos da criança de modo a tentar interromper tais condutas. A VD é o instrumento mais utilizado para a efetivação das ações, uma vez que, durante a execução da visita, acontecem de forma concomitante as identificações, as orientações, os acompanhamentos, bem como são definidos os encaminhamentos.

Reitera-se que o enfrentamento do fenômeno da violência infantil pelas ACS é factível, contudo, diante de tantas atribuições,

não é possível sobrecarregar a ACS com a árdua tarefa de enfrentar sozinha um problema de difícil manejo e que gera sentimentos de angústia e revolta. Portanto, faz-se necessária a atuação integrada e articulada dos diversos setores e agentes públicos no incentivo da cultura de paz.

## Referências

BLOCK, R. W. No surprise: the rate of fatal child abuse and neglect fatalities is related to poverty. **Pediatrics** [serial on the Internet]; v. 139, n. 5, Mai. 2017.

BRASIL. **Estatuto da Criança e Adolescente (ECA)**. Lei Federal nº 8069 de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de redução da mortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar**: Informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010. 104 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. **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; 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018.** Dispõe sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF; 2018.

CASTRO, T.A. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294-301, July 2017.

EFEVBERA, Y. *et al.* Integrating early child development and violence prevention programs: a systematic review. **New Dir Child Adolesc Dev.** v. (spe), n. 159, p. 27-59, Mar. 2018.

FELIZARDO, M.J.A. *et al.* A violência infantil pela óptica dos agentes comunitários de saúde. **J Nurs UFPE On Line** [serial on the Internet], v. 8, n. 7, p. 1912-1919, Jul. 2014.

GARBIN, C.A.S. *et al.* Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde. **J Health Sci Inst** [serial on the Internet], v. 32, n. 4, p. 385-389, 2014.

KRUG, E.G. *et al.* **World Report on violence and health.** Geneva: World Health Organization; 2002.

MACHADO, J.C. *et al.* Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 828-840, Set. 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec. São Paulo, 2013.

PEACOCK, S. et. al. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. **BMC Public Health** [serial on the Internet], v. 13, n. 1, p. 1-14, 2013.

ROCHA, E.N. et al. Desvelando a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: enfrentamentos dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, Revista do Centro de Estudos em Saúde. Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 63-72, jan/mar 2011.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e da saúde. In: LIMA, Cláudia Araújo de (coord). **Violência faz mal à saúde**. 1ª ed. 2ª reimp. p.29-38. Brasília, 2006.

SOUZA, R. G; SANTOS, D.V. **Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família**: atuação dos enfermeiros. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 783-800, Set. 2013.

# **Processo de trabalho do agente comunitário**

*Graziele Santana Bomfim  
Elaine Andrade Leal Silva  
Thereza Christina Bahia Coelho  
Tânia Maria de Araújo*

O trabalho na área da saúde expressa um segmento relevante na estrutura complexa do mercado de trabalho, sendo caracterizado por uma diversidade ponderável de ocupações, trabalho especializado realizado por trabalhadores que dominam conhecimento e técnicas específicas em diversos espaços sociais (DEDECCA; TROVÃO, 2013).

Dentre as várias profissões de setor saúde, destacamos aqui o trabalho realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os ACS desenvolvem atividades de promoção à saúde nas comunidades, sendo o(a) trabalhador(a) de referência entre os serviços de saúde e as comunidades. Suas atividades envolvem acompanhamento da população no seu espaço de moradia (área geográfica adstrita) e utiliza a informação, ações de educação à saúde, manuseado pelo instrumental do conhecimento prévio do saber, do intelecto adaptado à realidade dos indivíduos inseridos nas mais variadas comunidades.

Desde a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), o agente comunitário de saúde tem-se tornado personagem essencial para a efetivação da estratégia de saúde da família (ESF), pois este profissional faz parte dessa população adstrita ao serviço de saúde; trabalha para ela e com ela; sendo, assim, quem mais conhece as formas cotidianas de viver, de significar a vida e o comportamento das famílias locais (MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014).

O processo de trabalho em saúde, segundo Pires (2996), pode ser decomposto em elementos, a citar: finalidade (ação terapêutica de saúde); objeto (indivíduo ou grupos de pessoas sadias ou doentes, necessitando medidas para a manutenção da saúde); instrumental de trabalho (instrumentos e as consultas que representam o saber de saúde) e o produto final (prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida).

O trabalho do ACS segundo a Portaria Nacional da Atenção Básica nº 2.436 consiste em: cadastrar as pessoas da sua microárea e manter cadastro atualizado; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços; realizar atividades programadas e de educação em saúde bem como ações de prevenção, promoção; desenvolver ações de integração com a equipe da Unidade de Saúde da Família(USF) e acompanhar por meio de visita domiciliar todas as famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 2017). O ACS conduz seu trabalho pautado em ações de humanização e produção de cuidado, possibilitando a invenção de novos modos de operar os atos assistenciais, a criação de espaços de fala, a escuta qualificada e a construção de vínculos afetivos e efetivos (MOURA; SILVA, 2015).

Diversos estudos apontam as facilidades e dificuldades do trabalho do agente comunitário (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010; GALAVOTE *et al.*, 2013; MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016). Assim, é importante compreender como esse trabalho é realizado em condições concretas, em contextos sociais específicos, posto que as demandas e necessidades em saúde não são as mesmas para todas as populações. Desse modo, conhecer o processo de trabalho dos ACS no contexto do recôncavo baiano, poderá apontar caminhos para o fortalecimento da promoção à saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), com base no reforço de seus pontos positivos e revisão dos aspectos que dificultam o trabalho.

Portanto, este estudo justifica-se pela necessidade de se identificar o modo que o ACS vem conduzindo o seu trabalho na Atenção Primária à Saúde, visto que é protagonista para a ESF,

despertando-nos o desejo de pesquisar acerca do trabalho desse profissional. O nosso objetivo aqui é descrever o processo de trabalho dos ACS em um município do Recôncavo Baiano, focalizando as especificidades dos elementos que o constitui: finalidade, objeto, instrumentos e produto.

Para viabilizar então, a produção do conhecimento proposto no estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa, descritiva.

A pesquisa foi realizada em um município do Recôncavo Baiano. A seleção do campo de estudo atendeu a diversos critérios, dentre os quais podemos citar: o fato do município ter pioneirismo da Atenção Primária à Saúde e abrigar um campus da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, sendo local fecundo e propício à investigação científica.

A pesquisa foi realizada em cinco unidades de saúde de um município do recôncavo baiano, composta de equipe mínima, com localização na zona urbana. Foram convidadas e entrevistadas, por meio de técnica de entrevista, do tipo semiestruturada a oito Agentes Comunitários de Saúde. As entrevistas foram presenciais, gravadas e transcritas na íntegra. A partir da saturação de dados, e resguardados os preceitos éticos, sob a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) registrado sob o protocolo nº 081/2009.

Para a apresentação das informações na identificação das ACS entrevistadas foram criados nomes compostos iniciados por Ana. Os dados coletados foram analisados utilizando técnica de análise de conteúdo proposta por MINAYO; DESLANDES; GOMES (2016). Assim, os dados foram analisados e agrupados segundo grau de semelhança, convergência, divergência e diferença, emergindo as subcategorias como eixos temáticos de acordo os objetivos da pesquisa. Delineou-se a categoria "O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde" e suas subcategorias: finalidade, objeto, instrumentos e produto, apresentadas a seguir.

## **Trabalho do Agente Comunitário**

O entendimento do trabalho em saúde ou de qualquer trabalho compreende a lógica de como ele é dividido e organizado para que, ao final, haja um dado produto para um determinado fim. Assim, um dado processo de trabalho, composto por elementos que harmonicamente convergem para um resultado, envolve saberes que transformam-se em ações, e estas produzem resultados que modificam tanto o ser produtor da ação (no caso da saúde, o profissional da saúde, o ACS) e para quem esses resultados alcançam (aqui, a pessoa atendida ou assistida).

Cabe salientar que o trabalho não é compreendido apenas de modo operativo “mas, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção” (MERHY, 2007b, p. 81). É exatamente nessa práxis que o ACS diariamente realiza suas atividades, entrando, nesse ato, em contato com a subjetividade de diversos atores que contribuem para a efetividade do seu processo de trabalho. Assim, imprime, em cada etapa, um “certo fazer” e um “ir fazendo” que dão sentido ao operar em saúde, às ações que buscam produção saúde ou recuperação. Para facilitar então a compreensão de como é feito o trabalho dos ACS, o que envolve esse fazer, tentar-se-á equacionar, por meio da descrição dos componentes do processo de trabalho, seus elementos constitutivos, quais sejam: finalidade, objeto, instrumentos e produto.

### **Finalidade**

Em todo trabalho realizado existe uma finalidade, uma razão que justifica fazê-lo. Em última instância refere-se a um propósito – algo que se deseja obter ou produzir. A concepção dos agentes comunitários de saúde quanto à finalidade do seu trabalho culmina na orientação e informação a fim de prevenir doenças e promover saúde. Ou seja, predomina a descrição de uma finalidade

operacional, em geral, vinculada à disseminação de conhecimento e de procedimentos ou ações preventivas que orientem ações das populações, conforme dito:

A finalidade é, quer dizer Informações pra comunidade. A gente trabalha... A função dos ACS é trabalhar no sentido de, como falei, orientar, de encaminhar, as pessoas, as famílias, preventivo mesmo, saúde preventiva [Ana Cristina].

A prática de informar e orientar as famílias traz impactos significativos e relevantes para a saúde das populações, configura-se, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e uma política de educação na saúde, pois ao se apropriar da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde e dos problemas e experiências dos atores envolvidos, produzem-se conhecimentos que podem gerar mudanças (COELHO; VASCONCELLOS; DIAS, 2018).

Conforme o estudo de Silva (2011) foi evidenciado que a utilização do saber popular na orientação do usuário, saber obtido de gerações dos antepassados, é muito utilizado na prática cotidiana dos ACS, surge-se então a necessidade profissional ACS ser capacitado e instruído para exercer tal prática no sistema que estão inseridos. Houve relatos que afirmaram que a finalidade do trabalho é educar em saúde:

[...] Mas assim, o trabalho básico da gente é educação e saúde, né, a gente trabalha com educação e saúde [Ana Júlia].

O ACS, sob este enfoque passa a ser visto, potencialmente, como educador à medida que suas ações se voltam para a promoção de ações de educação em saúde, um “potencializador de cidadãos”. Ao instaurar diálogos, problematização e emancipação na proximidade com as pessoas, ao enfatizar a construção, de forma compartilhada, do conhecimento, utilizando e valorizando os recursos existentes, reduzindo distâncias ao levar informações ao cotidiano das pessoas, é ressaltado e delimitado o papel central desempenhado, como também destacado em outros estudos (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

Sob a perspectiva do ACS, nota-se, o quanto ele sente e destaca o seu pertencimento à sua comunidade, enfatizando o conhecimento das famílias, o cotidiano da vida, suas dificuldades e vantagens (as flores e os espinhos). A finalidade do seu trabalho está imbricada em ser comunidade e ser equipe de trabalho que compõe a saúde da família, mergulhando na dimensão da inseparabilidade dos elementos que compõe esse trabalho: ACS - comunidade - equipe Saúde da Família. Diante disso Losco; Gemma (2019) afirmam que os ACS se transformam em importante elo entre a população usuária da unidade e a equipe de saúde, pois, além do constante encontro com a comunidade nas visitas domiciliares, os mesmos residem na mesma localidade dos usuários, pertencem a ela, estabelecendo, assim, relações de confiança que são reforçadas na medida em que se tornam a voz da comunidade na unidade de saúde.

### Objeto

Os ACS quando questionados para quem é dirigido o trabalho efetuado por eles, responderam:

É... Para comunidade, né, pras famílias [Ana Clara].

Rodrigues e Zioni (2010) afirmam que trabalhar com famílias implica identificar como elas vivem, quem são, como são compostas, sem, contudo, simplificá-las somente a um grupo de pessoas que vivem numa residência, mas aproximar-se do mundo dos significados e saberes familiares, conhecendo suas particularidades, bem como reconhecendo-as como unidade de cuidado de saúde, visando propor intervenções que influenciem os processos saúde-doença dos indivíduos da família e da própria comunidade.

O trabalho dos ACS na comunidade permite, além da identificação das famílias, a problematização e transformação do cotidiano e das condições de vida das pessoas, a compressão das relações e dinâmica dos sujeitos na sua complexidade, tornando-

-se um relevante disparador de análise sobre o contexto em que as famílias estão inseridas, ampliando o olhar para além da descrição numérica e epidemiológica das pessoas que estão em sua responsabilidade, extrapolando para a singularidade das reais e diversas necessidades da população (FURLAN, 2010).

## Instrumentos

Considerando os instrumentos como ferramentas para atender as necessidades da comunidade do agente comunitário (que é o foco desta análise), cabe destacar os aspectos que este imprime no objeto de trabalho, os saberes e tecnologias de saúde para que se atinja a finalidade desejada, os instrumentos de trabalho mantêm uma relação intermediária entre o agente e o objeto de trabalho para ao final produzir um fim almejado. Na utilização dos instrumentos de trabalho no cenário dos serviços de saúde, os instrumentos podem ser classificados, de acordo com Merhy (1997), como tecnologias de saúde, podendo ser duras, leve-duras e leves.

Para este autor, a tecnologia dura está centrada em máquinas e instrumentos, e que no caso da saúde podemos citar os aparelhos para exames diagnósticos e procedimentos complexos; a tecnologia leve-dura baseia-se por saberes e práticas estruturadas, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, epidemiologia; a tecnologia leve, que se dá por um trabalho vivo no encontro entre o profissional e o usuário, no espaço das relações que se configuram através das práticas de acolhimento, vínculo e responsabilização.

Pesquisas realizadas por Gavalote *et al.*, (2011) e Silva (2011) evidenciaram que o trabalho dos ACS é baseado em tecnologias leves, em função de suas práticas cotidianas serem baseadas na escuta qualificada, acolhimento do usuário na unidade de saúde e responsabilidade. Isto foi observado, neste estudo, nas seguintes falas:

[...] A fala. Né, a fala e a escuta porque a gente tem que saber e saber ouvir porque é através do ouvir

e do falar que a gente atende a população. [Ana Clara]. [...] a gente tem a disponibilidade de sentar, de conversar, então tem coisas que você já sabe [...] [Ana Marta].

Assim, ficou evidente que a fala, a escuta, o saber ouvir e as conversas são instrumentos de trabalho utilizados no dia a dia dos ACS, identificados como tecnologias leves em saúde, gerada no espaço das relações, no encontro do usuário com o trabalhador, permitindo a criação de vínculos e acolhimento. Neste momento de encontro do trabalhador com o usuário, as falas, as escutas, potencializam o vínculo construído com as famílias e essas ações fazem emergir uma implicação positiva com o território, mesmo em contexto de difícil enfrentamento (BEZERRA; FEITOSA, 2018).

Ao valorizar o uso das tecnologias leves, como recurso na saúde, por meio da escuta qualificada e da elaboração de um cardápio de estratégias adequadas para assistir a população, as atividades da unidade de saúde poderá consolidar a prestação de cuidado na perspectiva da integralidade, o que, por sua vez, poderá aumentar a resolubilidade da atenção básica e fortalecimento da autonomia para os trabalhadores (FERMINO, 2010).

## Produto

Ao final do processo de trabalho, no qual interagem os agentes e os instrumentos do trabalho e cujas ações voltam-se a uma dada finalidade. Esse processo, em conjunto, busca gerar um produto. Na indústria este produto é algo material, palpável. Entretanto, quando se fala de trabalho em saúde, o produto não tem materialidade objetiva comparável à indústria. O que pode levar ao questionamento sobre qual produto é gerado nesse processo. Pires (1996) sinaliza que, no trabalho em saúde, o produto é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida. Ou seja, não é possível obter um produto material ao final do processo – o produto é gerado durante a produção do serviço. Portanto, não há materialidade no produto

porque as alterações de estado ocorrem no indivíduo que consumiu o serviço prestado. Nesse sentido, para as ACS entrevistadas, o produto do trabalho é visualizado quando as ações, orientações realizadas por elas geram impacto e mudança nas vidas das pessoas, tanto no âmbito individual como coletivo:

Acho bem gratificante quando você vai numa casa, aí explica alguma coisa e a pessoa adere do que você orientou, quando lhe agradece [...] [Ana Flávia].

No encontro do usuário com o trabalhador, no ato do trabalho, é permitido que o ACS vislumbre resultados do seu trabalho a curto prazo, a medida em que as orientações feitas são aderidas, gerando gratificação para o profissional, principalmente quando o usuário reconhece o benefício obtido e agradece pelo trabalho realizado, pela orientação, pela intervenção, pela escuta - como refere Ana Flávia. O trabalho torna-se gratificante, pois naquele momento um resultado positivo foi identificado e nominado na vida das pessoas.

O ACS, ao realizar o seu trabalho no território de sua microárea, um espaço privilegiado para intervir, descobrir e criar modos de fazer saúde, ele pode também contribuir para melhorar a vida das pessoas e promover mudanças de pensamentos sobre o cuidado a saúde.

Trabalhar nessa perspectiva de promover saúde, vislumbrando resultados que podem trazer melhora à vida das pessoas, reforça responsabilidades e compromissos no com os usuários, numa produção de cuidado em que concomitantemente ocorre produção-consumo, trocas, entrelaçamentos. Nesse sentido, os produtos do trabalho dos ACS têm gerado inúmeros impactos na vida das pessoas, evidenciado no estudo Oliveira *et al.*, (2010, p. 31) que analisou a situação em vários municípios ao longo da implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e PSF evidenciando o "alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes; melhoria da vigilância à saúde da popula-

ção; maior qualidade, cuidado com a atenção prestada; elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas”.

Diante disso apontamos que o produto do trabalho dos ACS seja curto, médio e longo prazo, não afeta só o usuário que sofre as ações desses profissionais, mas toda a rede de atenção à saúde, a partir do momento que a gera mudanças na clínica, na epidemiologia e no pensar em saúde, contribuindo para um novo cenário de fazer saúde, proposto pela atenção primária à saúde. O trabalho do ACS precisa ser refletido periodicamente, e novas posturas precisam ser adotadas, não restrito ao ACS, mas expansivo a todos trabalhadores que ajudam a construir o SUS.

Ao decompor os elementos do trabalho dos ACS no Recôncavo da Bahia, trazemos alguns apontamentos: nem sempre as condições de trabalho são favoráveis para produzir qualidade no trabalho; o processo de trabalho e a gestão do trabalho dos ACS precisam ser investigados em diferentes contextos; investimentos na valorização do trabalho e no fortalecimento da identidade profissional dos ACS podem favorecer a qualidade na prestação do cuidado em saúde.

### **Considerações finais**

Ao descrever o processo de trabalho dos ACS em um município do Recôncavo Baiano, e as especificidades dos elementos que o constitui: finalidade, objeto, instrumentos e produto compreendemos que trabalho do agente comunitário de saúde tem singularidades que talvez poucos trabalhadores da saúde tenham, uma vez que o ACS emerge de um contexto comunitário, de uma cultura que fortalece ainda mais a educação e a promoção à saúde.

Em relação aos elementos constitutivos do trabalho do ACS neste estudo, apresenta a finalidade de orientar, informar, prevenir doenças e agravos e promover saúde; o objeto é a comunidade, os instrumentos são: escuta, o saber ouvir, conversas. O produto do

trabalho dito pelos ACS está na prestação da assistência à saúde, ações e orientações que geram impacto na vida das pessoas.

Diante do processo de trabalho dos ACS, ao final, os produtos são gerados, seja eles a curto, médio e longo prazo, trazendo impactos positivos na vida dos usuários, em âmbito individual ou coletivo.

A possibilidade de mudança nas práticas da comunidade em relação a sua saúde, pode indicar um caminho promissor para a promoção da saúde. À medida que os ACS desenvolvem o seu trabalho por meio da educação em saúde e da escuta qualificada difunde um modo de fazer saúde, capaz de contribuir para a melhoria de vida da população, podendo reverberar positivamente na produção de saúde.

As limitações do estudo estão na investigação ter sido em um local específico e não ter explorado o processo de trabalho de saúde do ACS a partir da perspectiva dos demais integrantes da equipe de saúde e dos usuários. Desse modo, sugerimos investimentos em outros estudos que explorem a dimensão do conhecer o trabalho do outro para potencializar o aprender a trabalhar em junto.

## Referências

BRASIL. 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). **Portaria Nº 2436**, de 21 de setembro de 2017. **Lex:** Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 21 out. 2017.

COELHO, J. G.; VASCONCELLOS, L. C. F. De; DIAS, E. C. A FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO A PARTIR DO ENCONTRO DOS SUJEITOS. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 583–604, 2018.

DEDECCA, C. S.; TROVÃO, C. J. B. M. T. A força de trabalho no complexo da saúde: Vantagens e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1555–1567, 2013.

FURLAN, P. G. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. . In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (Org.). **Manual de práticas de Atenção Básica a Saúde ampliada e compartilhada**. 2.ed.São Paulo, Hucitec: 2010. p. 368-385.

GALAVOTE, H. S. *et al.* Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Interface**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 40-47, 2010.

GALAVOTE, H. S. *et al.* Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Vitória (ES), v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.

GALAVOTE, H. S. *et al.* Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: Cenários de paixões e afetamentos. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], 2013.

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 23, n. e180589, p. 1-13, 2019.

MACIAZEKI-GOMES, R. de C. *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016.

MENEGUSSI, JULIANA MORAIS; OGATA, MÁRCIA NIITUMA; ROSALINI, M. H. P. O Agente Comunitário De Saúde Como Morador, Trabalhador e Usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 87-106, 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MEHRY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3.ed.São Paulo: Hucitec; 2007b, p. 71-112

MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA; DESLANDES, SUELY FERREIRA; GOMES, R. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Vozes ed. Petrópolis, RJ.

OLIVEIRA, A. R *et al.* Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enf**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 28-36, 2010.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 1996. 356f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

RODRIGUES, C. R. F; ZIONI, F. Família como Foco na Atenção à Saúde: perspectiva da saúde da família. In: OHARA, E.C. C; SAITO, R. X. S. (Org.). **Saúde da Família**: Considerações Teóricas e Aplicabilidade. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2010 p. 85-104.

SILVA, P. S. **O trabalho do ACS**: O desvelar da educação em saúde. 2011.69f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, 2011. Trabalho não publicado.



# Olhares feministas e educação em saúde

*Patrícia Figueiredo Marques*

*Sílvia Lúcia Ferreira*

*Claudia Feio da Maia Lima*

*Railene Pires Evangelista*

*Isadora Reis Rodrigues*

## Introdução

As propostas de educação em saúde desenvolvidas e implementadas por feministas podem ser entendidas como toda ação teórico-prática desenvolvida sob esta perspectiva, tendo como alvo a transformação da realidade de saúde das mulheres. Partindo de reflexões políticas acerca da situação feminina e se alicerçaram em propostas pedagógicas problematizadoras sobre o cotidiano feminino.

Esta construção feminista se deu em diferentes campos, tanto acadêmicos como de militância da sociedade civil organizada - organizações não governamentais (ONGs), Redes, Fóruns, Feministas autônomas, sindicatos, partidos políticos, entre outros espaços (NOVELLINO, 2018).

Conceitos e práticas de educação em saúde foram incorporados às políticas públicas no Brasil, a exemplo no Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM-1985) e mais recentemente, ano 2000, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM - 2004 (LEAL *et al.*, 2018).

As ONGs Feministas estiveram presentes no processo de elaboração de políticas públicas, mesmo com as críticas à atuação institucionalizada por parte do movimento. Assim, este estudo tem como objetivo analisar algumas estratégias de educação em saúde desenvolvidas pelas ONGs Feministas no período de 1980

a 2004, a partir das principais lideranças. Busca também contribuir para o registro e futuras reflexões acerca de uma forma de organização do feminismo e suas contribuições na transformação da saúde das mulheres.

### **Caminho metodológico**

As propostas de educação em saúde desenvolvidas pelas ONGs Feministas diferem, substancialmente, das realizadas no âmbito dos serviços de saúde, pois buscam a politização das esferas da reprodução e sexualidade. Como um novo paradigma de liberdade, buscam promover o autoconhecimento do corpo e a valorização da mulher como cidadã (SCHUMAHER, VARGAS, 1993).

As propostas de educação em saúde desenvolvidas pelas ONGs Feministas colocam a mulher como objeto de estudo e ao mesmo tempo sujeito de produção e transformação de conhecimentos e realidades, assumindo o referencial da Epistemologia Feminista Pespectivista ou *Stantpoint*. Desta forma, localiza-se de onde se fala e para quem se fala.

Este estudo se constituiu como um subprojeto<sup>3</sup>, contando com apoio financeiro internacional. Trata-se de uma pesquisa histórica, cujo período de investigação abrangeu as décadas de 1980, 1990 até o ano de 2004. A opção por este período se justifica por ser neste espaço-tempo que as ONGs Feministas se consolidaram e passaram por transformações organizacionais, formação de recursos humanos e captação de apoio financeiro estrangeiro e do Estado brasileiro.

Para a seleção, utilizou-se como critério de inclusão: ter sido criada na década de 1980 e neste período serem as mais antigas; desenvolver atividades educativas para transformação da realidade de mulheres e/ou atendimento ambulatorial; estarem em regiões

---

<sup>3</sup> O projeto TEMPO - Trilha do Empoderamento das Mulheres (NEIM/UFBA) tinha como um dos subprojetos: Feminismo e a luta pela saúde reprodutiva e pelos direitos reprodutivos: a experiência brasileira coordenado pela profa Dra Sílvia Lúcia Ferreira. Mais informações <http://www.projetotempo.neim.ufba.br/index.html>

geográficas diferentes do país. A identificação das organizações por meio destes critérios foi feita, a partir da pesquisa realizada por Ferreira, Marques e Teixeira (2008), na qual sistematizaram todas as ONGs e grupos de pesquisa acadêmicos feministas trabalhando com saúde sexual e reprodutiva no Brasil desde a década de 80.

Então, foi possível estabelecer como organizações a serem investigadas: SOS Corpo- Instituto Feminista para Democracia (Recife-PE, criada em 1981) e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde - CFSS (São Paulo-SP, criada em 1981).

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram história oral temática, pois a narração é mais direcionada a um tema (TEODOSIO *et al.*, 2018) e um roteiro de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas para auxiliar na organização da ideias e memórias. Foram também realizadas consultas a documentos da ONG para se restabelecer os elos e conhecer cartilhas e outros materiais usados na época. O processo de aproximação destas organizações ocorreu de forma diferente. No caso do SOS Corpo já havia relações estabelecidas com os sujeitos e a organização. Esta ONG foi espaço de estágio de uma das autoras ao participar do Programa GRAL, financiado pela Fundação *MacArthur* com uma pesquisa de intervenção, proposta como pesquisadora do GEM/EEUFBA (Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem). Já com o Coletivo foram feitos contatos iniciais por telefone e e-mail, em seguida, visitas para apresentação.

As 10 pessoas entrevistadas deste estudo eram feministas das ONGs selecionadas, utilizando-se como critérios de inclusão o fato de terem trabalhado por, no mínimo, 10 anos e coordenado projetos financiados por entidades estrangeiras e/ou pelo Estado neste período. Incluíram-se, também, as fundadoras que já não estão oficialmente na organização, mas desenvolvem atividades em conjunto e que durante o período de atuação na ONG trabalharam com práticas de saúde sexual e reprodutiva. Na apresentação dos dados, estas mulheres serão identificadas por nomes de personagens da mitologia grega.

As entrevistadas do SOS CORPO - Instituto Feminista para Democracia foram: Pandora (Socióloga e pesquisadora, uma das fundadoras); Calisto (Educadora, fundadora); Cirse (Psicóloga e pesquisadora, entrou no final da década de 1980); Vésper (Psicóloga, entrou na década de 1990); Íris (Socióloga e educadora feminista, entrou no final da década de 1980); Helena (Socióloga e educadora feminista, entrou na década de 1990). Já as entrevistadas do Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade (CFSS) foram: Penélope (Socióloga, fundadora); Aracne (Médica, fundadora); Andrômeda (Educadora em saúde e sexualidade, doula, e educadora perinatal, fundadora); Cassiopéia (Educadora, entrou na década de 1990).

A análise dos dados produzidos pela história oral, entrevista e informações obtidas a partir das consultas aos documentos foi realizada, seguindo a proposta de Minayo (2013) de análise de conteúdo temática.

Em relação aos aspectos e procedimentos éticos, a proposta feminista de crítica a ciência posiciona-se como um processo contínuo, imbricado em todas as etapas de realização deste estudo. Portanto, além de respeitar o estabelecido na Resolução N° 466/2012 (BRASIL, 2012) sobre pesquisa com seres humanos, a pesquisa foi submetida e aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa, cujo protocolo é CEPEE UFBA N.º 16/2008.

## **Origens das ONGs feministas**

A década de 1980 se caracterizou por um processo intenso de redemocratização do país. Neste contexto, grupos de feministas institucionalizaram-se formando organizações que se caracterizavam por desenvolverem ações e pesquisas relacionadas às mulheres ampliando as discussões e incluindo reflexões sobre a sexualidade, o planejamento familiar, aborto.

A luta pela anistia de presos políticos, era organizada por grupos de mulheres que se encontravam no país, residentes e/ou em exílio no exterior. As exiladas em Paris se organizaram em grupos

de discussões para refletir e agir na transformação da identidade e situação feminina, articuladas com as feministas francesas, identificadas como Círculo de Paris. Ao retornar ao Brasil, o grupo feminista Ação Mulher (Recife-PE) contribuiu para a formação de outras organizações como a SOS Corpo, fundada em 1981, em Recife, quando o Brasil ainda se encontrava sob o regime militar. Já registrada como ONG, desenvolveu atividades educativas e de pesquisa com mulheres da periferia e de classe média de Recife, baseando-se nas experiências trazidas para o Brasil por feministas brasileiras que tiveram a oportunidade de contato com um grupo americano - Coletivo de Saúde das Mulheres de Boston ou Coletivo de Boston (SADENBERG, 2018). Estas práticas também eram desenvolvidas na Europa, como verificado no relato de Pandora sobre a proposta de trabalho do Círculo de Paris, e Calisto no *Dispenserae des Femmes*, em Genebra.

O ciclo tinha uma metodologia que trabalhava também através de subgrupos que desenvolvendo trabalhos que eram socializados, discutidos, construindo estratégias na grande plenária, [...] no ciclo eu passei um tempo no subgrupo que trabalhavam com a questão do corpo, porque não se colocava como questão da saúde, mas uma questão do corpo, o auto exame e os debates sobre tudo que era relativo ao corpo, sexualidade, reprodução (Pandora).

[...] Eu me descobri feminista quando eu fui pegar o lugar de uma amiga que estava com uma consulta marcada no *Dispensaire des Femmes*, que era o ambulatório das mulheres, feito para as mulheres com inspiração totalmente feminista (Calisto).

No processo de fundação e institucionalização, o SOS Corpo obteve seu primeiro financiamento para subsidiar a institucionalização do grupo, com proposta intitulada "Projeto Saúde da Mulher" aprovada pela Fundação Ford, em 1981.

Em 1991, o SOS Corpo - Grupo de Saúde da Mulher mudou a nomenclatura para SOS Corpo, Gênero e Cidadania. Esta mudança foi justificada pela avaliação institucional de que as questões relativas à saúde da mulher envolviam um processo saúde-doença e este está inserido num contexto histórico, político, econômico,

cultural e social. A partir dos anos 2000, o SOS recebeu nova denominação - Instituto Feminista para Democracia. Esta nova reestruturação atendeu a demanda do movimento feminista de produzir mais conhecimento e dos financiadores estrangeiros e governamentais para maior profissionalização das feministas que buscavam financiamento.

O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS), em São Paulo, foi a primeira ONG criada com a perspectiva de servir como modelo de atenção integral à saúde da mulher. Para Ferreira (2012), além do atendimento diferenciado a clientela, criou-se um espaço para capacitação de profissionais em um verdadeiro e saudável casamento entre teoria e prática.

A atuação das mulheres do Coletivo começou em 1981, antes da criação do ambulatório de saúde da mulher, auxiliando a fundação da Casa da Mulher do Grajaú, bairro caracterizado com precárias condições de moradia e como "dormitório" para o(a)s operário(a)s das indústrias de São Bernardo, segundo uma das fundadoras deste grupo e participante do segundo momento do Coletivo.

Na década de 80 aconteceram vários fatos importantes: VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), Conferência Nacional de Saúde da Mulher (1987) e Constituição (1988) quando o debate da saúde como direito do cidadão e cidadã e dever do Estado era central, perpassando as diferentes ações que eram desenvolvidas pelas ONGs feministas. Após as reflexões sobre as atividades que viam desenvolvendo, houve a necessidade de uma das ativistas do Coletivo realizar estágio no *Dispensaire des Femmes* (Genebra).

Em 1984, o ambulatório foi aberto e o Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade institucionalizado. O ambulatório foi criado tendo como base o suíço que também atendia as mulheres gratuitamente. Em ambos, os profissionais envolvidos eram médicas, enfermeiras e de outras áreas que trabalham numa relação de equipe multiprofissional, compartilhando o atendimento a clientela e todas capacitadas para fazerem atendimento ginecológico.

## Educação em saúde feministas

O propósito de pensar e criar alternativas educativas em saúde impulsionou ao feminismo repensar a produção do conhecimento. Com este propósito, ao ouvir as mulheres a partir de suas realidades criaram metodologias, estratégias e técnicas que trafegavam no cotidiano macro e micro resgatando a arte de dialogar, operando um movimento de desconstrução e construção do conhecimento.

O SOS Corpo e o CFSS elaboraram e implementaram propostas teóricas e práticas, voltadas ao questionamento e à transformação da situação e produção de conhecimento disseminado no meio científico, assistencial e para população, a partir de uma perspectiva feminista. Essas ONGs questionaram a verdades absoluta e universal defendidas pela ciência moderna como o legítimo conhecimento e desencadearam, em consequência a fala das mulheres, situações que estimularam o autoconhecimento, o empoderamento e a autonomia sobre seus corpos e sua sexualidade. Isto pode ser identificado na justificativa para desenvolver pesquisa numa abordagem qualitativa que até o momento não considerava as experiências das mulheres:

[...] um estudo qualitativo prático no uso do diafragma, porque nós precisávamos ter uma elaboração que sustentasse nossos argumentos, que fizesse a gente avançar, nos próprios problemas que poderiam ser colocados pelas mulheres no uso desse método e para daí inclusive construir (Pandora).

No intuito de desenvolverem práticas voltadas à discussão sobre o corpo e sexualidade, essas ONGs reproduziram, aprimoraram e elaboraram encontros coletivos ou individuais com/entre mulheres, para implementarem estas ações. Estas práticas partiam do princípio da dialogicidade proposto por Paulo Freire (2014), no qual o conhecimento é produzido num movimento de idas e vindas junto ao cotidiano dos grupos populares, no caso de mulheres, localizando e aproximando-o dos sujeitos.

De modo geral, o processo segue muito de perto a tradição feminista, que não é exclusiva do feminismo, mas que é também da educação popular na sua matriz freiriana de articular a dimensão subjetiva e objetiva, de ter um espaço para o pensamento pensante das mulheres, que estão ali presentes, emergir livre e no espaço dela dialogar com o pensamento pensado da teoria feminista (Iris).

A proposta metodológica correspondia também a uma ação educativa e caracterizou-se pelo relato das experiências do cotidiano das participantes, a fim de incorporá-las na produção de conhecimento. Para isto, usaram a arte enquanto processo pedagógico e as técnicas realizadas junto aos grupos de mulheres que também eram empregadas conseguem mesmas para sua própria compreensão do ser mulher.

A gente estava naquela época inventando praticas educativas. Inventando significa que nós tanto criávamos, como buscávamos a literatura e a troca de experiências com outras feministas que estavam fazendo coisas no Brasil e em outros países (Pandora).

Esta proposta orientou o processo educativo do SOS Corpo e CFSS, além de ampliar a própria discussão junto a mulheres, homens, profissionais e gestores sobre a saúde sexual e reprodutiva para o campo do direito, isto porque as próprias participantes da pesquisa reconhecem ser impossível falar de saúde dissociada da noção de direito.

Outra estratégia utilizada pelo SOS e pelo CFSS nos processos de ensino-aprendizagem foi a produção de material educativo (livros, cartilhas e vídeos). Esta produção muitas vezes foi resultado das pesquisas e de outras estratégias de educação em saúde - autoexame ginecológico, massa de modelar, linha da vida, teatro, programa de rádio.

O autoexame ginecológico foi utilizado como estratégia educativa em ambas as ONGs. No SOS Corpo foi usada desde antes de institucionalização e baseava-se na proposta dos grupos *Self Help* europeus e norte-americanos, entretanto, a influência teórica e prática desta organização estavam alicerçadas no Coletivo de Boston.

No CFSS, o autoexame ginecológico era realizado com pequenos grupos de mulheres, mas também em encontros individuais nas consultas do ambulatório. Este trabalho era identificado como muito importante para essa ONG:

[...] tinha muitos grupos naquela época, grupos de autoajuda, autoestima, grupos de discussão, esse era um lado muito forte também do Coletivo (Penelope).

Nesta prática, buscavam-se mudanças nas relações entre profissional e mulher atendida, pois a escuta sobre as questões pessoais, além das biológicas, eram consideradas e a usuária tornava-se sujeito ativo no cuidado a sua saúde, quando questionava, manipulava instrumental, observava sua anatomia, concordava ou não com o plano de cuidados proposto.

Além de ser um centro de atendimento mesmo, de novas práticas na área da saúde, práticas mais autônomas, humanizadas, de outros tipos de possibilidades de cura, também tinha essa questão de trabalhar os direitos das mulheres, e os direitos no sentido delas poderem reivindicar, outros tipos de consulta (Aracne).

A equipe era, obrigatoriamente, constituída de acordo com estatuto de fundação (CFSS, 1984) por médicas, profissionais de outras áreas e pessoas que atendiam individualmente as mulheres, produzindo lâminas a serem analisadas junto a elas e, a partir destas análises, propunham à terapêutica, baseada em produtos homeopáticos e fitoterápicos.

O acesso das mulheres às informações corporais foi uma contribuição essencial para o empoderamento feminino, reduzindo o poder médico sobre a sexualidade, reprodução e estabelecendo a necessidade de uma relação terapêutica, na qual a mulher deixa de ser objeto e torna-se sujeito na tomada de decisões.

Outra estratégia para dar continuidade ao processo de ação-reflexão-ação do feminismo foi o uso da massa de modelar. Elaborada e construída para mais uma vez valorizar as falas das mulheres e foi pensada e implementada num primeiro momento como técnica para discutir o conhecimento sobre anatomia humana.

Para trabalhar corpo, sexualidade, reprodução e a ideia de autonomia, a gente começa com a massa de modelar que é um trabalho sobre quem sou eu. A gente tenta romper a dissociação mente corpo... parte da crítica feminista de que eu sou, eu já sou o meu corpo. A gente trabalha quem sou eu modelando o próprio corpo (Iris).

No processo de modelagem do próprio corpo eram expressas as representações sobre o mesmo e com outros sujeitos no seu controle. Nesse momento era possível ampliar o uso para trabalhar com identidade e as múltiplas categorias, e auxiliar as mulheres a identificarem o sistema de dominação ao qual são submetidas.

[...] e a partir daí, então, a gente consegue ter um mapeamento das experiências com a sexualidade, com a reprodução e o que é que esse controle sobre o corpo das mulheres tem a ver com a dominação das mulheres, e com o sistema patriarcal (Iris).

O entendimento sobre a construção da identidade feminina despertava nas mulheres a compreensão sobre as relações com seus companheiros, os serviços de saúde, os profissionais e espaços de trabalho remunerado com colegas e empregadores, começando a questionar a naturalidade das experiências que vivenciavam.

A linha da vida foi outra técnica que caracterizou o trabalho junto a mulheres desenvolvido pelo Coletivo e o SOS. A técnica foi utilizada como forma de compreensão de suas histórias, auxiliando a identificar situações comuns de opressão. É uma representação da organização espacial do tempo de uma pessoa. Tem a particularidade de indicar características do modo como ela se organiza e se adapta em sua relação com o meio externo, sendo também uma metáfora sobre como ela vê, sente e interpreta aspectos de sua vida emocional (SZENÉSZL, 2011).

Outra estratégia de educação em saúde utilizada pelo SOS Corpo foi o teatro, com a “Peça Vida de Mulher”, na qual se buscou trazer as experiências do cotidiano - relações conjugais e de trabalho, para discussão nos grupos de mulheres, por meio do uso da dramatização realizada pelas feministas da ONG (SOS CORPO, 1982). Além da dramatização de situações da vida cotidiana, era

associado um curso de seis horas realizado com mulheres das camadas populares.

No começo do SOS, que inicia com o teatro, nós enfocávamos vários temas no teatro. Ele tratava da questão do trabalho, do “trabalho igual, salário igual”, tratava da questão do estupro, da violência, tratava da questão do atendimento médico, tratava da questão do aborto, tratava da questão da organização das mulheres. Então tinha duas atividades, o teatro e os grupos de autoexame (Pandora).

O teatro era um veículo para isso, era um primeiro instrumento político educativo porque o teatro gerava uma série de discussões e debates. Mas o teatro gerava também uma ligação. Era através dessa ligação que o teatro estabelecia, começava uma relação mais próxima e começava também as possibilidades dos processos de discussão com as mulheres dos bairros (Pandora).

Nos depoimentos das fundadoras, pode-se identificar uma série de temas trabalhados que se apresentavam comuns no movimento feminista, sobretudo, voltados às questões de sexualidade e reprodução. O aborto é um destes temas importantes abordado pelo feminismo, pois o debate envolve, necessariamente, o controle do corpo pela mulher e o papel do Estado neste controle, além do debate em torno da família, igreja, escola.

Outra estratégia do SOS Corpo foi o programa de rádio, com início em 1983, numa emissora de rádio popular e mudando-se de emissora para Rádio Club, no período 1986–1989.

Tínhamos um programa de rádio que também era um programa que fazia parte do processo educativo, porque no programa de rádio as mulheres faziam perguntas ao SOS, e nós respondíamos (Pandora).

Esta estratégia já vinha sendo utilizada pelo movimento de mulheres e feminista desde a década de 70, como meio para divulgar ideias e informar as mulheres (NOVELLINO, 2018). O primeiro foi Viva Mulher, transmitido pela Rádio Nacional de Brasília. Através do programa de rádio as donas de casa, domésticas, trabalhadoras e donas de casa da zona rural da região metropolitana de Recife, área de alcance da rádio, buscavam informações como sexuali-

dade, planejamento reprodutivo, contracepção e sexualidade em geral, infecções sexualmente transmissíveis, homossexualismo, virgindade, esterilidade, direitos da mulher, violência, relação donas de casa e empregadas domésticas e trabalho feminino.

Pelo rádio foi possível viabilizar o acesso à informação para um maior número de mulheres. Esta estratégia possibilitou a divulgação do trabalho do SOS por todo o Estado, além de tornar viável a articulação com grupos de mulheres e o governo.

### **Considerações finais**

A educação em saúde na perspectiva feminista aborda conceitos transformadores, que proporcionam as mulheres autonomia e espaço para a discussão e diálogo, possibilitando uma construção em que ferramentas são criadas para alcançar o acesso à saúde de uma perspectiva ampliada. Nos discursos das ONGs feministas que trabalham questões de saúde, havia uma estratégia de comunicação bem delineada, permitindo chegar a diferentes públicos.

Nesse sentido, a educação em saúde voltada às necessidades reais das mulheres possui um importante papel no autocuidado. Há um conjunto de princípios político-pedagógicos que podem ser desenvolvidos pela abordagem feminista, expressando temas da representatividade das mulheres e da sua relação com a saúde, seu corpo e autoconhecimento. As propostas de educação em saúde feministas estimulam o protagonismo das mulheres para se posicionarem criticamente acerca de questões de saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

### **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

FERREIRA, S. L.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. **O pensamento feminista e os estudos de gênero**: Experiência na Escola de Enfermagem da UFBA, Salvador, EDUFBA: NEIM 2012 Coleção bahianas vol 15.

FERREIRA, S. L. El movimiento feminista y la salud de las mujeres: la experiencia de los Centros de Planificación Familiar (CPF) en Catalunya (1976-1982). **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 785-807, dez. 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

MARQUES, P. F.; PAIVA, M. S.; SILVA, J. M. Q. **Saúde sexual e reprodutiva-conceitos nos currículos do curso da EEUFBa**. In: IX Jornadas nacionales de Historia de las mujeres y IV Congreso Iberoamericano de estudios de género

**Anais do IX Jornadas nacionales de Historia de las mujeres y IV Congreso Iberoamericano de estudios de género**. Rosario: Unversitat de les Illes Balears e Universidad Nacional de Rosario, 2008.

MINAYO. M. C. de S. Fase de Análise ou Tratamento do Material In: **O Desafio do Conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Ed.Hucitec-Abrasco. 2013, p.197-247.

NOVELLINO, M. S. F. Movimento feminista no Brasil no século XX. **Revista feminismo**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 57-66, 2018.

SARDENBERG, C. O pessoal é político: conscientização feminista e empoderamento de mulheres. **INCLUSÃO SOCIAL**, v. 11, p. 15-29, 2018.

SCHUMAHER, M. A.; VARGAS, E. Lugar no Governo: álibi ou conquista?. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 348, jan. 1993.

SOS CORPO - **Grupo Saúde da Mulher**. Relatório a Fundação Ford das atividades realizadas no período do 2º semestre de 1982.

SZENÉSZI, G. V. Está na hora?: **A psicologia das linhas do tempo**: Aplicações à vida pessoal, à terapia e ao coaching. Florianópolis, Santa Catarina: Editora Metaprocessos. 2011.

TEODOSIO, S. S. da S. *et al.* . A história oral e pesquisa documental como itinerário de pesquisa na enfermagem: um estudo bibliométrico (2000-2014). **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, e20160087, 2016.

**PARTE III**  
**TRABALHO DA ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**LABORAL**



# Trabalho da enfermagem num hospital público

*Eder Pereira Rodrigues  
Carlito Lopes Nascimento Sobrinho  
Eduardo Pondé de Sena  
Mônica de Andrade Nascimento  
Urbanir Santana Rodrigues*

## **Introdução**

Diversos estudos foram realizados nas últimas décadas relacionando as condições de trabalho e as suas implicações para a saúde dos trabalhadores de enfermagem que revelam a importância que o bem-estar do trabalhador tem diante da produção do cuidado em saúde (AZEVEDO; NERY; CARDOSO, 2017; VIEIRA, 2017).

O estudo do processo saúde/enfermidade do trabalhador deve considerar situações como a flexibilização das relações de trabalho aumento da intensidade e da jornada de trabalho, diminuição da proteção social, condições de segurança no trabalho insatisfatória, dentre outros, são elementos tornam o trabalhador da enfermagem vulnerável, e por consequência, podem provocar transtornos físicos e mentais.

O desgaste físico, emocional e mental gerado pelo trabalho podem produzir sentimentos negativos em relação às necessidades dos pacientes, como frustração, frieza e indiferença, além do que a carga de trabalho provoca a fadiga, o esgotamento, a queda na produtividade, no desempenho e comprometer os cuidados oferecidos pelos trabalhadores da enfermagem (DA SILVA *et al.*, 2017).

Estes são alguns de muitos fatores que corroboram para o surgimento de problemas relacionados à saúde mental, com destaque para os transtornos mentais comuns (TMC), que é uma

expressão criada por Goldberg; Huxley (1992), para designar sintomas tais como insônia, ansiedade, depressão, irritabilidade, dificuldade de concentração, esquecimento, fadiga e queixas somáticas, que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os TMC representam 13% do total de todas as doenças e atingem cerca de 700 milhões de pessoas no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A maior representação de profissionais de enfermagem, no Brasil, encontra-se nos hospitais, seguindo o modelo assistencialista do setor saúde, atendendo ao modelo biológico curativista. No caso do trabalho hospitalar, a carga de enfrentamento ao estresse aumenta, por ser um trabalho voltado à pacientes com maior grau de dependência e complexidade de cuidados, situação que pode ocasionar desgaste físico, mental e emocional, quando comparado a outros cenários de prática em saúde.

No Brasil, pesquisadores têm evidenciado através de estudos epidemiológicos realizados com trabalhadores da área da saúde, uma associação entre a ocorrência de transtornos mentais comuns e o trabalho exercido por esses profissionais de saúde (VIEIRA, 2017). Pesquisas também foram realizadas associando elevada prevalência de transtornos mentais comuns com alta demanda e o baixo controle no trabalho (AZEVEDO; NERY; CARDOSO, 2017; SILVA *et al.*, 2013). Segundo Karasek(1998) as demandas são pressões psicológicas a que os trabalhadores são submetidos no trabalho e podem originar-se da quantidade de trabalho a executar por unidade de tempo e/ou do descompasso entre as capacidades do trabalhador e o trabalho a executar. Quanto ao controle, trata-se da autonomia ou possibilidade que ele tem de governar o seu trabalho, a partir de suas habilidades ou conhecimentos.

Karasek (1998) desenvolveu um modelo de análise do trabalho conhecido como demanda-control, representado por uma figura quadrangular, onde cada quadrante representa associações entre níveis de demanda e graus de controle, assim considera

duas dimensões que podem favorecer o desgaste no trabalho (*job strain*), que são as demandas psicológicas caracterizadas pelo ritmo e intensidade no trabalho e o controle, que é a habilidade e a autonomia referida pelo trabalhador sobre o trabalho executado; assim, atividades que requerem alta demanda psicológica e que o trabalhador tem baixo controle favorecem ao desgaste psicológico e adoecimento físico.

Ao demarcar a importância que o ambiente hospitalar tem sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem objetivamos descrever as condições de trabalho e a prevalência de queixas de problemas de saúde e de “suspeitos” de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em trabalhadores de enfermagem em um hospital geral público na cidade de Feira de Santana-Bahia.

## **Método**

Trata-se de um estudo populacional, de corte transversal, exploratório-descritivo, cujos dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2010, entre os profissionais da equipe de enfermagem que atuam em um Hospital Geral.

O estudo foi desenvolvido em um hospital geral público do município de Feira de Santana – BA, que presta atendimento de média e alta complexidade, sendo referência na atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes nos diversos setores do hospital e que concordaram em participar da pesquisa. Os critérios de inclusão adotados para a participação na pesquisa foram: que os sujeitos fossem trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), que estivessem desenvolvendo atividades assistenciais e que aceitassem participar do estudo após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo, os trabalhadores que no momento da coleta, estavam afastados do trabalho por doença,

licença gestação, férias etc., que não estivessem atuando em atividades assistenciais e que não aceitassem participar do estudo após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na coleta de dados, foi utilizado um questionário padronizado com seis blocos de questões: O primeiro bloco abordou características sociodemográficas; O segundo bloco abordou questões relacionadas às condições de trabalho; O terceiro bloco abordou características do ambiente de trabalho e os aspectos psicossociais do trabalho adotando-se o *Job Content Questionnaire* (JCQ); O quarto bloco abordou as queixas de saúde e doença; O quinto bloco avaliou a saúde mental através o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) e um instrumento de detecção de bebedor-problema, o Teste CAGE; O sexto bloco abordou questões sobre doenças e acidentes de trabalho, problemas de saúde recentes e hábitos de vida.

Foram construídos dois bancos de dados no EpiData 3.1 para confrontar as informações e identificar possíveis erros de digitação. Utilizou-se para a análise dos dados o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS®) version 9.0 for Windows.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) protocolo CAAE 09896012.6.0000.0053.

## Resultados

Estudou-se 309 profissionais de enfermagem, correspondendo a 79,6% da população de 388 indivíduos inicialmente elegíveis. Os 79 (20,4%) sujeitos que não responderam a pesquisa foram considerados como recusas, pois foram contatados pelo pesquisador, mas não devolveram os questionários nem o TCLE assinado.

A população de trabalhadores apresentou média de idade de 36,8 anos ( $\pm$  9,9 anos), sexo feminino 90,9% (281), casadas (os) ou com companheiros (as) 50,3% (148), com filhos 58,1% (175), escolaridade até o ensino médio 64,0% (194) e renda de até três salários mínimos 60,4% (168) (Tabela 1).

**Tabela 01.** Características sociodemográficas dos trabalhadores de enfermagem em um hospital geral público na Bahia, 2010.

	N*	%
<b>Sexo</b>	<b>309</b>	
Feminino	281	90,9
Masculino	28	9,1
<b>Faixa Etária</b>	<b>308</b>	
20-39 anos	182	59,0
40-59 anos	96	31,1
>60 anos	30	9,7
<b>Situação Conjugal</b>	<b>294</b>	
Casado/a	120	40,8
União livre	28	9,5
Solteiro/a	112	38,1
Viúvo(a)/ Divorciado(a)	34	11,6
<b>Tem de filhos</b>	<b>303</b>	
Sim	175	58,1
Não	126	41,9
<b>Escolaridade</b>	<b>303</b>	
Até Ensino Médio	130	42,9
Superior incompleto	64	21,1
Superior completo	27	8,9
Especialização, Mestrado ou Doutorado	82	27,0

\* respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2010).

No tocante às variáveis relacionadas ao trabalho, identificou-se que a maior parte dos trabalhadores 46,4% (143) é composta por técnicos de enfermagem, por trabalhadores com vínculo temporário 64,2% (178) (Contrato de trabalho temporário baseado na Consolidação das Leis do Trabalho/CLT) e destes 88,5% (161) contratados pelo Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), com menos de 11 anos de trabalho na área de enfermagem 58,6% (181). Entre os profissionais estudados, 53,7% (165) apresentavam mais de uma inserção de trabalho, 43,6% (134) trabalhavam em outra instituição e 8,6% (26) dos profissionais atuavam em mais de duas instituições além do hospital estudado. Entre os enfermeiros 77,4% (65) apresentavam mais de 01 vínculo de trabalho, entre os auxiliares e técnicos de enfermagem essa frequência foi de 35,4%

(28) e 49,6% (71). A carga horária semanal de trabalho mais frequente foi mais de 40 horas semanais, 59,9% (181) (Tabela 2).

**Tabela 02.** Características profissionais dos trabalhadores de enfermagem em um hospital geral público na Bahia, 2010.

	N*	%
<b>Tipo de vínculo</b>	277	
CLT	17	6,1
REDA	161	58,1
Estatutário	95	34,3
Outros	4	1,4
<b>Nº de vínculos empregatícios</b>	307	
Um	142	46,3
Dois	134	43,6
Três ou +	31	6,1
<b>Carga Horária Semanal</b>	302	
<40 horas	121	40,1
>40 horas	181	59,9
<b>Renda média/mês</b>	268?	
Até 3 SM**	168	60,4
De 4 a 7 SM	85	30,6
≥ 8 SM	25	9,0
<b>Acidente de Trabalho</b>	307	
Sim	85	27,7
Não	222	72,3
<b>Ocupação</b>	308?	
Aux.Enfermagem	80	26,0
Tec. Enfermagem	143	46,4
Enfermeira (o)	85	27,6

\*respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

\*\* Salário mínimo de R\$ 510,00

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2010).

Entre as queixas de saúde destacaram-se como as mais frequentes; dor nas pernas 66,4% (192), dor nas costas 61,8% (178), cansaço mental 47,0% (131), sonolência 36,6% (101), formigamento nas pernas 35,6% (100). Dentre os diagnósticos referidos desde que começaram a trabalhar como profissionais de enfermagem no hospital destacaram-se: lombalgia 52,8% (163), varizes em membros inferiores 46,3% (143), Infecção urinária 37,5% (116) e hiperten-

são arterial 19,7% (61) (Tabela 3). Com exceção do cansaço mental, auxiliares e técnicos apresentaram frequências mais elevadas, tanto das queixas de saúde como dos diagnósticos referidos. A prevalência de transtorno mental comum (TMC) foi de 35,0% (99). Entre as (os) enfermeiras (os), a prevalência foi de 38,1% (32) e entre os técnicos de enfermagem 35,3% (47) e auxiliares de enfermagem 30,8% (20). O teste Cage triou 1,7% (05) indivíduos como bebedores problema, entretanto, ao analisarmos a prevalência entre aqueles que informaram o uso de bebida alcoólica observamos que 27,7% destes foram considerados bebedores problema (Tabela 3).

**Tabela 03.** Características da situação de saúde da equipe de enfermagem de um hospital geral público na Bahia, 2010.

<b>Queixas de Saúde</b>	<b>N*</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alergias	276	98	35,5
Nervosismo	276	93	33,7
Dor nas costas	288	178	61,8
Formigamento nas pernas	281	100	35,6
Rinite	285	94	33,0
Insônia	280	61	21,8
Sonolência	276	101	36,6
Dor nas pernas	289	192	66,4
Dor nos braços	289	111	38,4
Cansaço mental	279	131	47,0
<b>Morbidade referida</b>			
Hipertensão	309	61	19,7
Infecção urinária	309	116	37,5
Lesão por esforços repetitivos	309	49	15,9
Varizes dos membros inferiores	309	143	46,3
Lombalgia	309	163	52,8
<b>SRQ-20</b>	283		
		80	28,3
		203	71,7
<b>Cage</b>	293		
		5	1,7
		288	98,3

\*respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2010).

Os resultados das respostas aos itens que compõem o indicador grau de controle sobre o trabalho e demanda psicológica do *Job Content Questionnaire* (JCQ). As respostas discordo fortemente e discordo foram calculadas como “não”, concordo e concordo fortemente como “sim”. Dessa forma, foram analisadas as duas dimensões do trabalho: o controle e a demanda psicológica na atividade laboral. A demanda psicológica apresentou uma maior associação com a prevalência mais elevada de transtornos mentais comuns, que os aspectos relacionados ao controle. Quando comparada as situações em que os profissionais tinham pouca liberdade nas suas decisões (RP=1,46), aprender novas coisas (RP=1,44), não tomar decisões democraticamente (RP=1,47), apresentaram uma maior prevalência de “suspeitos” de transtornos mentais comuns. Dentre os itens que compõe a demanda psicológica destacaram-se volume excessivo de trabalho (RP=3,24), interrupção das tarefas antes de sua conclusão (RP= 2,3) e exigência de muito esforço físico (RP=2,35).

## Discussão

Os resultados apontaram que 59,7% (165) dos profissionais de enfermagem estudados apresentavam mais de uma inserção de trabalho, o que pode acarretar sobrecarga de trabalho entre esses profissionais. Esses resultados são semelhantes aos obtidos em outros estudos (CORDEIRO; ARAÚJO, 2017; MOREIRA *et al.*, 2016). Entretanto, esta situação apresenta-se inadequada, visto que a atividade de enfermagem necessita de tempo para interação entre profissional e paciente, acompanhamento e avaliação cotidiana dos mesmos, bem como para integração a instituição hospitalar e atualização profissional (aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes).

Os profissionais de enfermagem do hospital estudado apresentaram uma remuneração obtida com o trabalho, que pode ser

considerada baixa. Esse fato pode estar relacionado com o incremento de atividades, dupla inserção, que pode indicar uma busca por ampliação da renda mensal com outras atividades, gerando uma sobrecarga de trabalho.

As condições de trabalho dos profissionais de enfermagem reveladas nesse estudo podem ser consideradas impróprias. Os resultados revelaram elevada carga horária de trabalho, baixa remuneração, mais de uma inserção de trabalho e vínculo de trabalho estabelecido por contrato temporário/precário. Esses resultados foram semelhantes aos obtidos em outros estudos com profissionais de enfermagem (CORDEIRO; ARAÚJO, 2017; MOREIRA *et al.*, 2016).

Entre os problemas de saúde, destacaram-se as queixas e diagnósticos referentes a problemas mentais e posturais, que podem estar associados às características tradicionais e atuais do trabalho de enfermagem: atender a pacientes, enfrentar a dor, o sofrimento a morte, excesso de trabalho, elevada responsabilidade, realização de diversos procedimentos, atividades de plantão e baixa remuneração (MATTOS; ARAÚJO; ALMEIDA, 2017).

A prevalência de “suspeitos” de TMC de 35,0%, aponta para uma situação de saúde mental preocupante na população estudada. A prevalência encontrada foi maior que a observada em outros estudos com trabalhadores de enfermagem. A prevalência de “suspeitos” de TMC de 35,0%, aponta para uma situação de saúde mental preocupante na população estudada. A prevalência encontrada foi maior que a observada em outros estudos com trabalhadores de enfermagem (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016) todavia prevalências superiores estão descritas na literatura (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; PINHO; ARAÚJO, 2007). As condições de trabalho que esses trabalhadores estão submetidos foram bem descritas em uma publicação (DRUCK; FRANCO, 2011)

que analisou as novas relações de trabalho e as suas repercussões no desgaste físico e mental dos trabalhadores de saúde. Para a referida autora a precarização das condições de trabalho tem repercussões na saúde mental, que é indissociável da saúde como um todo.

Verificou-se com relação ao sexo dos participantes, que houve uma predominância de trabalhadores do sexo feminino (90,9%), coincidindo com o perfil da profissão de enfermagem, onde há um predomínio de profissionais do sexo feminino (PROCHNOW *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2010).

No presente estudo identificamos que as situações de alta demanda psicológica no trabalho apresentaram-se associadas a uma maior prevalência de “suspeitos” de TMC. Outros estudos também encontraram uma maior associação entre alta demanda psicológica e TMC (MATTOS; ARAÚJO; ALMEIDA, 2017; PROCHNOW *et al.*, 2013). Segundo o modelo demanda-controle (MATTOS; ARAÚJO; ALMEIDA, 2017) o trabalho realizado em condições alta de demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho torna-se prejudicial à saúde dos trabalhadores.

Ressalta-se o grande número de profissionais em situação temporária de emprego e chama atenção para o fato da Constituição Federal de 1988 determinar que a investidura em cargo ou emprego público dar-se-á por concurso público. Constituindo-se como exceção a esta regra os cargos em comissão, nomeados pelas autoridades competentes e os casos de contratação temporária para atenderem a necessidade de excepcional interesse público (NASCIMENTO SOBRINHO *et al.*, 2003).

Limitações do estudo inicialmente devem-se apontar os limites do estudo de corte transversal examina a relação exposição-doença em uma dada população ou amostra, em um momento particular, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isso, esse tipo de estudo não estabelece nexos causais e apenas aponta a associação entre as variáveis estudadas.

Em estudos que utilizam questionários autoaplicáveis apresenta-se como limitação, a opção do entrevistado de não responder a todas as questões colocadas, dificultando o controle das perdas de informação. Entretanto, a coerência e a consistência dos achados, apontam para condições inadequadas de trabalho dos profissionais de enfermagem no hospital estudado, bem como para uma alta prevalência de queixas de problemas mentais e posturais e de “suspeitos” de TMC.

A adesão ao estudo foi considerada boa, apesar da recusa de 79 (20,4%) sujeitos da pesquisa. Em estudos semelhantes com profissionais de saúde, a frequência de perdas ou recusas variou de 7,5% a 16,0% (AZEVEDO; NERY; CARDOSO, 2017, PROCHNOW *et al.*, 2013). O percentual de recusas ocorridas nesse estudo foi considerado aceitável.

### **Considerações finais**

A existência no trabalho de enfermagem de condições desencadeadoras de sofrimento, estresse e ansiedade, é uma realidade não mais contestada. No entanto, as repercussões sobre a saúde desses trabalhadores, reconhecidamente expostos a fatores estressantes e ansiogênicos, ainda são pouco conhecidas. Os resultados desse estudo corroboram com os de outros estudos com a mesma categoria profissional e com outras categorias de trabalhadores de saúde, bem como, de outras categorias profissionais.

Os autores esperam que este trabalho possa fomentar novas investigações sobre as características e os riscos à saúde dos profissionais de enfermagem que trabalham em hospitais gerais. Espera-se ainda que esse trabalho estimule a implantação de um serviço de saúde do trabalhador no hospital estudado. As condições de trabalho e saúde observadas apontam para a necessidade de mudanças na organização do trabalho de enfermagem no hospital estudado.

## Referências

AZEVEDO, Bruno Del Sarto; NERY, Adriana Alves; CARDOSO, Jefferson Paixão. OCCUPATIONAL STRESS AND DISSATISFACTION WITH QUALITY OF WORK LIFE IN NURSING. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 26, n. 1, 2017.

BRAGA, Ludmila Candida De; CARVALHO, Lidia Raquel De; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, p. 1585–1596, 2010.

CARVALHO, Danniela Britto De; ARAÚJO, Tânia Maria De; BERNARDES, Kionna Oliveira. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 41, 2016.

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro e; ARAÚJO, Tânia Maria De. Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 150–157, 2017.

COSTA, Edméa Fontes de Oliva *et al.* Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s. l.], v. 60, n. 6, p. 525–530, 2014.

DA SILVA, RENATA SOUZA PEREIRA DE MELO; *et al.* O esgotamento do profissional enfermeiro: Influências Na Assistência À Saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, [s. l.], v. 10, n. 1, 2017.

DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia. Trabalho e precarização social. **Caderno CRH**, [s. l.], v. 24, n. spe1, p. 09–13, 2011.

GOLDBERG, David P.; HUXLEY, Peter. **Common mental disorders: a bio-social model**. [s.l.] : Tavistock/Routledge, 1992.

KARASEK, Robert. Demand/Control model: A social-emotional, and psychological approach to stress risk and active behavior develop-

ment. In: **ILO encyclopedia of occupational health and safety**. [s.l.] : ILO, 1998.

MATTOS, Amália Ivine Santana; ARAÚJO, Tânia Maria De; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães De. Interaction between demand-control and social support in the occurrence of common mental disorders. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 51, 2017.

MOREIRA, Izadora Joseane Borrajo *et al.* Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes *et al.* Cooperativas de trabalho e Cooperativas de trabalho médico. **Rev. baiana saúde pública**, [s. l.], p. 287-294, 2003.

PINHO, Paloma de Sousa; ARAÚJO, Tânia Maria De. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. [s. l.], 2007.

PROCHNOW, Andrea *et al.* Work ability in nursing: relationship with psychological demands and control over the work. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 21, n. 6, p. 1298-1305, 2013.

SILVA, Jorge Luiz Lima Da *et al.* Stress at work and the common mental disorders prevalence among nursing workers. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 1, 2010.

SILVA, Silmar Maria Da *et al.* Intervention strategies for the health of university hospital nursing staff in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 300-308, 2013.

VIEIRA, Gisele. SATISFAÇÃO E SOBRECARGA DE TRABALHO ENTRE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [s. l.], n. 17, p. 43-49, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. [s.l.] : World Health Organization, 2013.

# Jornada de trabalho na enfermagem

*Urbanir Santana Rodrigues*

*Ariane Cedraz Morais*

*Eder Pereira Rodrigues*

*Joseneide Santos Queiroz*

*Paulo Eduardo Santos Santana*

*Rosangela Janja Costa Araújo*

## Introdução

Neste estudo, mobiliza-se um movimento de análise e discussão sobre o discurso presente nos Pareceres Técnicos dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) da região Nordeste do Brasil, que tratam da jornada de trabalho a partir do suporte teórico presente na ordem do discurso de Michael Foucault.

A emissão do Parecer Técnico sobre matéria que envolve a Enfermagem é autorizada pela Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso “h” (BRASIL, 1986), que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e que assegura ser atividade privativa da enfermeira o pronunciamento, por meio da emissão de parecer técnico de forma fundamentada e circunstanciada, sobre matéria que suscite a dúvida de um determinado campo de ação e/ou especialidade na profissão. Uma vez realizado o parecer, este é apresentado ao conselho profissional e, após apreciado pelo plenário, quando aprovado, segue para publicação e ciência da categoria profissional.

Na análise foucaultiana, as formações discursiva<sup>4</sup> produzidas pelos Pareceres Técnicos revelam o que pode e o que deve ser dito dentro de um determinado campo do saber, considerando a posição que se ocupa nesse campo, funcionando como uma matriz de

---

<sup>4</sup> [...] um bem finito, limitado, desejável, útil – que tem suas regras de aparecimento e também suas condições de apropriação e de utilização; um bem que coloca, por conseguinte, desde sua existência, a questão do poder, um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta e de uma luta política (FOUCAULT, 2012, p. 147-148).

sentido porque os falantes nela se reconhecem e as suas significações lhes parecem óbvias.

Desse modo, os atos de fala/discurso obedecem a um conjunto de regras dadas historicamente e que afirmam verdades<sup>5</sup> em seu tempo. Nesse sentido, os Pareceres Técnicos chancelados pelos COREN são verdades porque são proferidos por quem tem o direito privilegiado de fala e, portanto, produzem verdade dentro de um campo discursivo que deve ser seguido pela equipe de Enfermagem.

Ocorre que quem domina o discurso também domina os mecanismos de poder e os corpos (FOUCAULT, 1999). Revela-se que, sendo a Enfermagem uma prática social, ela depende da presença transformadora do discurso, e os atos discursivos por ela produzidos são condicionados à existência de especialistas autorizados por uma comunidade epistêmica. Nesse ponto, identifica-se que os Pareceres Técnicos emitidos pelos COREN exercem uma prática discursiva, que “falam” segundo determinadas regras e expõem as relações que dão sentido dentro do discurso ao produzir documentos sobre temas que se engendram em regularidades discursivas e se tornam verdades no jogo de estratégias do discurso.

A partir de tais considerações, busca-se responder à seguinte pergunta: “Qual é o discurso proferido pelos COREN localizados na região Nordeste do Brasil quando provocados a se manifestar sobre a jornada de trabalho das profissionais de Enfermagem?”.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, do tipo documental, que teve como espaços discursivos os COREN da região Nordeste: Bahia; Ceará; Piauí; Alagoas e Sergipe. O COREN do Rio Grande do Norte não disponibiliza, em seu site, os Parece-

---

<sup>5</sup> Aqui, a verdade é compreendida como uma construção em uma retórica onde o jogo de convencimento é estabelecido. Os ditos que entram na ordem do verdadeiro se referem aos regimes de verdade produzidos a partir de um saber legitimado pelo campo científico. Nesse sentido, algumas vozes têm o direito de enunciar a verdade e de fazê-la proliferar (FOUCAULT, 1999).

res Técnicos, por isso, não foi possível incluí-lo como fonte nesta pesquisa, e os COREN da Paraíba e do Maranhão não publicaram parecer que trate do tema abordado.

Os Pareceres Técnicos foram selecionados de forma intencional a partir de temas relacionados à jornada de trabalho (dobra de plantão, plantão 12x36 horas, jornada de plantão 24 horas ininterruptas, abandono de plantão, absenteísmo e o sobreaviso). Não foi estabelecido recorte temporal na seleção dos documentos, como também não foram utilizados pareceres em reformulação, revogados e pareceres jurídicos que estavam dispostos nas pastas dos pareceres técnicos.

Utilizaram-se dados secundários a partir da página virtual dos COREN que estão disponíveis para livre acesso ao público. Desse modo, não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com respaldo na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

## **Resultados**

A ordem discursiva sobre a jornada de trabalho mapeada está assentada em procedimentos que limitam os discursos e produzem sentidos e identidades. Cabe ressaltar que, na ordem do discurso, proposta no pensamento de Foucault, os sentidos são produzidos por diferentes materialidades e cada época produz seus regimes de visualidade de acordo com os múltiplos lugares onde o sujeito se coloca (FOUCAULT, 2012).

O processo de subjetivação presente no mapeamento discursivo não carrega o sentido de individualização do sujeito que escreveu o parecer. O que se vai tratar é a subjetividade presente no documento apresentado como elemento de poder e de domínio publicitado pelo órgão representativo da Enfermagem.

O mapeamento discursivo foi organizado a partir da pluralidade dos discursos presentes nos Pareceres Técnicos dos COREN da região Nordeste do Brasil, de modo que foi considerada a mul-

tipificação dos sujeitos na leitura dos pareceres, e, para isto, seguiram-se os nortes: “Quem fala?”; “Quem está autorizado a falar?”; “Como se relaciona o COREN com as trabalhadoras?”; “Em qual campo de discurso o COREN se situa?”.

## **Discussão**

Sabe-se que, quando se trata de Foucault, há de se ter cautela com enquadramentos teóricos de conceituações, mas, para a compreensão de como foi realizado o mapeamento discursivo, é necessário entender que tudo é prática para Foucault e tudo está imerso em relações de poder e saber. Assim, os excertos extraídos dos Pareceres Técnicos são atos sociais que compõem um tecido argumentativo que orienta as ações e a tomada de decisão na Enfermagem orientadas pelos COREN do Nordeste sobre jornada de trabalho.

“O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos apoderar” (FOUCAULT, 1999, p. 10).

Esta é uma das definições de discurso dentre outras propostas na vasta bibliografia do autor. Assim, extraem-se quatro elementos básicos propostos no pensamento foucaultiano que nortearam o processo de análise e discussão dos excertos.

A matriz discursiva de sentido, o enunciado que aparece fortemente nos excertos destacados que unificam o discurso sobre a jornada de trabalho, é a – falta consenso nas orientações presentes nos Pareceres Técnicos dos COREN do Nordeste relacionados ao tema jornada de trabalho.

Dito isso, caracterizar-se-ão os quatro elementos que fazem parte do enunciado a partir da caixa de ferramentas discursivas de Foucault.

O primeiro é a referência.

Foucault (2012, p. 110) argumentou que “[...] é preciso saber a que se refere o enunciado, qual é seu espaço de correlações, para poder dizer se uma proposição tem ou não um referente [...]”. Em

resumo, referência é algo que pode ser identificado, são as condições de possibilidade e, ao analisar a referência, é dada a visibilidade ao enunciado.

Diante disso, o enunciado trabalhado neste estudo refere-se a um campo sobre o labor da Enfermagem diante de discursos díspares e contraditórios que ora declinam a responsabilidade de decidir sobre a jornada de trabalho às chefias de Enfermagem e gestores dos serviços de saúde ou declaram incompetência absoluta para julgar o mérito, criando, assim, uma heterogeneidade discursiva dispersa sobre matéria no âmbito ético/legal que, por consequência, provoca uma insegurança jurídica para a profissão, conforme excertos a seguir.

É de competência da Gerência e/ou chefia de Enfermagem de cada instituição, adequar o dimensionamento de pessoal [...] a fim de evitar a dobra de plantão (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - CEARÁ, 2015).

"Incompetência deste Conselho Regional de Enfermagem a avaliação técnica do pedido [...] a problemática pode encontrar resolução em representação realizada diretamente no Ministério Público do Estado e/ou Ministério do Trabalho" (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - PIAUÍ, 2019).

"[...] temos a competência de disciplinar e fiscalizar o exercício profissional de Enfermagem assegurando uma assistência de qualidade e segura para pacientes e profissionais, não recomendamos esta jornada" (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - BAHIA, 2013).

No tocante à dobra de plantão, evidencia-se uma referência assentada na contradição. As teses argumentativas que sustentaram as fundamentações foram construídas de diversas formas e produziram, nos discursos, modalidades enunciativas em um jogo de poder e disputas intradiscursivo.

[...] não há enunciado livre, neutro e independente; mas sempre um enunciado fazendo parte de uma série ou de um conjunto, desempenhando um papel no meio dos outros, neles se apoiando e deles se distinguindo: ele se integra sempre em um jogo enunciativo, onde tem sua participação, por ligeira e ínfima que seja. [...] não há enunciado que não suponha outros; não há nenhum que não tenha, em

torno de si, um campo de coexistências (FOUCAULT, 1999, p. 114).

Passam-se a apresentar argumentos no campo da coexistência que corroboram uma polifonia discursiva sobre um mesmo tema/mérito arguido, inclusive, adentrando em matéria que parece antagonica, mas efetivamente não se conflita.

Há, em torno da construção deste parecer, um conflito de interesses e de legislações: “a que trata da questão trabalhista e a que regula o exercício da Enfermagem. De quem é a primazia?” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - SERGIPE, 2018).

Quanto à possibilidade de dobra de plantões, “[...] não há previsão legal à sua obrigatoriedade e, via de consequência, sua exigência” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - ALAGOAS, 2018).

Os argumentos apresentam contradição que põe em debate a hierarquia de leis de diferentes espécies normativas. Destaca-se que, na pirâmide hierárquica de Kelsen<sup>6</sup>, a Constituição da República Federativa do Brasil ocupa o topo de modo que o único parecer que considera e cita, em sua fundamentação, a primazia da Carta Magna é o Conselho Regional de Enfermagem - Bahia (COREN-BA).

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), no seu Capítulo II – Dos direitos sociais, prevê, no Art. 7º, inciso XIII, duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro horas semanais, facultadas a compensação de horários e a redução da jornada mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho.

“[...] o fato da autorização para a prestação de trabalho além do limite máximo de dez horas diárias resultar de negociação coletiva não confere legalidade, posto que a matéria é de ordem pública e situa-se fora do poder de negociação dos sindicatos” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - BAHIA, 2013).

<sup>6</sup> Teoria da Hierarquia das Normas Jurídicas é um sistema de escalonamento das normas, que também é chamado de “Pirâmide de Kelsen” porque foi proposto por Hans Kelsen, jurista austríaco nascido ao final do século XIX. A existência da “Pirâmide” tem por fim demonstrar a validade das normas jurídicas: sendo de acordo com a norma que lhe é superior, uma norma é válida e, portanto, tem potencial para surtir efeitos (ou seja, ser de cumprimento obrigatório, por assim dizer) na sociedade a qual pertence.

A jornada de trabalho é matéria de ordem pública disciplinada pela Constituição Federal e que serve de lastro para a elaboração das leis que regem o trabalho. O sistema Conselho Federal de Enfermagem (COFEN/COREN), como autarquia, não tem prerrogativa para legislar sobre matéria de trabalho, mas pode fiscalizar e recomendar desde que amparado nas leis específicas.

Um caminho que oferece as melhores pistas para emitir Parecer Técnico não é colocar o Código de Ética Profissional da Enfermagem (CEPE) como lei máxima quando se trata da matéria que regulamenta o trabalho, tampouco preferir que existe conflito entre as normas porque, efetivamente, não existe, de forma que deve ser criado um consenso entre os Pareceres Técnicos para que não se proliferem discursos tão díspares.

Nesse sentido, opera-se de acordo com Foucault (1999, p. 8): “Mas, o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal, está o perigo?”.

Sentidos produzidos por diferentes materialidades produzem regimes de verdades gerados sem amparo em dispositivos legais ou, ainda que sejam citados nos Pareceres Técnicos, produzem procedimentos internos que reorganizam o discurso e, portanto, exercem o autocontrole ao criar o comentário que expande o discurso legal e cria um discurso novo que não traduz o direito material trabalhista, mas soa como verdadeiro para as trabalhadoras porque foi gerado pela autarquia que tem autoridade de fala.

O segundo elemento que caracteriza o enunciado é o sujeito, que se refere à posição ocupada, uma vez que o discurso presente nos Pareceres Técnicos não se configura como um ato de fala individual de um sujeito.

Descrever uma formulação enquanto enunciado não consiste em analisar as relações entre o autor e o que ele disse (ou quis dizer, ou disse sem querer); mas em determinar qual é a posição que pode e deve ocupar todo indivíduo para ser seu sujeito (FOUCAULT, 1999, p. 109).

O sujeito que fala é uma autarquia federal criada pela Lei nº 5.905/73, de 12 de julho de 1973 (BRASIL, 1973), que tem a função de fiscalizar e disciplinar o exercício profissional, elaborar e fazer cumprir o código de ética profissional, aplicar penalidades quando houver infração ética, dentre outras atribuições previstas na lei de criação.

Com relação à jornada de trabalho, o COFEN dispõe da Resolução COFEN nº 438/2012 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012), que trata sobre a proibição do regime de sobreaviso para enfermeiro assistencial, amparada no Art. 244, §2º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO, 2017), e no Parecer nº 008/2017 do COFEN, que trata da jornada de trabalho no regime de 12 x 36 horas e está amparado na Constituição Federal e na Súmula do Tribunal Superior do Trabalho (TST), que permite, em regime de excepcionalidade, desde que haja acordo ou convenção coletiva que a autorize. Assim, não se trata de mera liberalidade da trabalhadora a escolha de dobra de plantão ou assumir jornada de 24 horas ininterruptas.

No que concerne à dobra de plantão, ainda quando autorizada pelo profissional de Enfermagem, “[...] o profissional poderá permanecer no plantão [...] ou até mesmo dobrar o plantão quando se sentir apto fisicamente” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - ALAGOAS, 2018).

Necessário ponderar se realmente o profissional terá a obrigatoriedade de dobrar uma escala contra seu manifesto desinteresse para além do que prevê a legislação trabalhista. Da mesma forma que o empregado, ao aceitar dobrar o plantão, poderia ser visto pelo empregador como sendo uma intenção do empregado em criar algum embaraço trabalhista para a empresa com fins outros (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - SERGIPE, 2018).

Ante ao exposto, há de se ter cautela nos ditos dos pareceres porque a extensão da jornada não é mera liberalidade da trabalhadora, uma vez que a relação do negociado sobre o legislado tensiona a hipossuficiência das profissionais diante dos empregadores

e das chefias de Enfermagem. Para além disso, produzir um discurso que coloca a trabalhadora que “negocia” a extensão da jornada sob a suspeita não fortalece laços de solidariedade da categoria.

É preciso que haja um estudo para compatibilizar os Pareceres Técnicos dos COREN com as normativas publicadas pelo COFEN, tendo sempre a lucidez de que o CEPE é uma norma infraconstitucional e, como tal, estabelece os requisitos para o pleno exercício da profissão. O que trata e regula matéria trabalhista para celetista são a Lei nº 13.467, de 2017 (BRASIL, 2017), as medidas provisórias eventualmente editadas sobre a matéria e as súmulas editadas pelo TST, sendo que todas as normativas estão subordinadas à lei magna, que é a Constituição Federal de 1988.

O terceiro elemento que caracteriza o enunciado é o campo associado. O enunciado coexiste com outros enunciados e com eles correlaciona-se por meio de outros discursos que se organizam e incorporam sentidos ao discurso:

“[...] não há enunciado que não suponha outros; não há nenhum que não tenha, em torno de si, um campo de coexistências” (FOUCAULT, 1999, p. 114).

A linguagem exposta no Parecer Técnico legitima um ato ideológico, uma vez que, por meio dele, o poder se estabelece, hierarquiza e posiciona a equipe de Enfermagem e, dessa forma, institucionaliza valores que circulam como regime de verdade por meio de um conjunto de regras dadas em um processo sócio-histórico.

Podem-se elencar diversos campos associados com a Enfermagem: o discurso de gênero, da cor/raça, religiosidade, dentre outros. Porém, como demarcados os documentos para análise, delimitou-se extrair destes o campo relacionado ao gênero.

A pesquisa nacional realizada pelo COFEN, em parceria com a Fiocruz (MACHADO *et al.*, 2015), revelou que o perfil da Enfermagem brasileira é composto predominantemente pelo sexo feminino (84,6%). Mesmo diante deste dado, é fato que a linguagem utilizada nos pareceres faz referência ao “enfermeiro, técnico de Enfermagem”.

“O enfermeiro está apto a suspender as atividades quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, resguardando as situações de urgência e emergência” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - PERNAMBUCO, 2019, grifo nosso).

A alegação dos enfermeiros: “[...] o fato isolado de passar plantão a apenas um enfermeiro não é garantia de continuidade da assistência” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - SERGIPE, 2018, grifo nosso).

É importante abordar o significado e a representação tão cara para a profissão por ser representada por mulheres, uma vez que o trabalho feminino se materializa pela vulnerabilidade e assimetria de gênero por meio de uma lógica exploratória de múltiplas jornadas, exposição à violência e assédios moral e sexual no trabalho, doenças ocupacionais, vínculos precários, baixos salários, falta de condições estruturais no trabalho, dentre outros (MACHADO et al., 2016).

Por último, o quarto elemento que caracteriza o enunciado é a sua materialidade.

Neste estudo, refere-se ao documento que é o Parecer Técnico. Questionou Foucault (2012, p. 121):

[...] poderíamos falar de enunciado se uma voz não o tivesse enunciado, se uma superfície não registrasse seus signos, se ele não tivesse tomado corpo em um elemento sensível e se não tivesse deixado marca, apenas por alguns instantes – em uma memória ou em um espaço? [...].

Nos documentos analisados, a materialidade é ancorada no CEPE aprovado pela Resolução COFEN nº 564/2017 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017), em Resoluções do COFEN e, em alguns casos, na CLT (CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO, 2017).

### **Considerações finais**

Neste estudo, procuram-se evidenciar as condições de existência do discurso a partir de alguns elementos presentes na teoria

de Foucault; é um convite às leitoras e a todos, uma provocação para que se possam produzir e refutar regimes de verdade que circulam no trabalho da Enfermagem. Certamente, estar-se-á aberto a novos olhares até porque não foi dito tudo que o discurso dos Pareceres Técnicos produz.

A lente que guiou o olhar na visualização do discurso presente nos documentos analisados levou a um movimento de luta ao assumir uma postura exitosa de dúvidas e desconfiança que Foucault provoca. Ressalta-se que o autor utilizado nunca se propôs a fundar uma teoria, tampouco ser modelo teórico, mas a riqueza e a profundidade da sua obra ampliam, descortinam e convidam para compreender como opera a ordem discursiva.

Os regimes de verdade produzidos nos Pareceres Técnicos remetem à reflexão sobre a necessidade de reconstrução da Enfermagem no sentido de participar de um movimento político, social e ideológico para fortalecer a profissão que ainda não dispõe de um piso salarial e regulamentação da sua jornada de trabalho, situação precária para as trabalhadoras e está infiltrada nos ditos e não ditos dos órgãos representativos da Enfermagem.

Conclui-se, em um espaço temporal, com o chamamento para pensar uma Enfermagem para além da arte do cuidar e, como seres políticos, todos precisam se libertar do passado, transformar e ressignificar a valorização no processo de trabalho porque Foucault “não está aí para dizer as verdades sobre as coisas, mas sim para ajudar a compreender de que maneiras, por quais caminhos tudo aquilo que se considera verdade se tornou um dia verdadeiro” (VEIGA NETO, 2006, p. 87).

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competên-

cias regimentais e atribuições conferidas pela Lei n o 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei n o 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto n o 5.839, de 11 de julho de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/cns/2016/res0510_07_04_2016.htm). Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 5.905/73, de 12 de junho de 1973**. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: COFEN, 1973. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973\\_4162.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html). Acesso em: 09 maio 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1986. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7498.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.html). Acesso em: 02 maio 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 17 maio 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n o 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília: Presidência da República, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm). Acesso em: 05 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 438/2012**. Dispõe sobre a proibição do regime de sobreaviso para enfermeiro assistencial. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4382012\\_17407.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4382012_17407.html). Acesso em: 28 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 09 maio 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – ALAGOAS. **Parecer COREN-AL nº 015/2018 de 12 de novembro de 2018**. Solicitação de que o COREN-AL emita Parecer Técnico quanto à obrigatoriedade do enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem em realizar a dobra de plantão na ausência de profissional de enfermagem da equipe subsequente. Maceió: COREN-AL, 2018. Disponível em: <http://al.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Retificado-PARECER-T%C3%89CNICO-COREN-AL-3.pdf>. Acesso em: 01 maio 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – CEARÁ. **Parecer COREN-CE nº 08/2015 de 28 de abril de 2015**. Assunto: Parecer Técnico sobre dobra de plantão. Fortaleza: COREN-CE, 2015. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2015/06/Parecer-Tecnico-Dobra-de-plantao.pdf>. Acesso em: 01 maio 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – PERNAMBUCO. **Parecer COREN-PE nº 25/2019 de 17 de outubro de 2019**. Situação em que o elemento está apto a abandonar o plantão. Recife: COREN-PE, 2019. Disponível em: <http://www.coren-pe.gov.br/novo/wp-content/uploads/2019/12/Parecer-T%C3%A9cnico-Coren-PE-n%C2%BA-025-2019-Abandonar-plant%C3%A3o-Andrea-Souza.pdf>. Acesso em: 01 maio 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SERGIPE. **Parecer COREN-SE nº 04/2018 de 16 de fevereiro de 2018**. Assunto: questões normativas referentes à passagem e a dobra de plantão. Aracaju: COREN-SE, 2018. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/PARECER-T%C3%89CNICO-N%C2%BA-004.2018.pdf>. Acesso em: 01 maio 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer COREN-BA nº 005/2013 de 20 de fevereiro de 2013**. Jornada de 24 h ininterruptas por profissional de enfermagem. Salvador: COREN-BA, 2013.

Disponível em: [http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-0052013\\_8035.html](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-0052013_8035.html). Acesso em: 01 maio 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer COREN-PI nº 10/2019 de 28 de maio de 2019**. Possibilidade ou não da realização de plantão com carga horária de 24 horas ininterruptas, levando em consideração à saúde do trabalhador de saúde e a segurança na prestação de serviços. Teresina: COREN-PI, 2019. Disponível em: CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO. Brasília: Senado Federal, 2017. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/cit\\_e\\_normas\\_correlatas\\_led.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/cit_e_normas_correlatas_led.pdf). Acesso em: 15 maio 2020.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 15. ed. São Paulo: Loyola, 1999.

MACHADO, M. H. *et al.* (Coord.). **Relatório final da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz/COFEN, 2015.

MACHADO, M. H. *et al.* Condições de trabalho da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. esp., p. 63-71, 2016.

VEIGA NETO, A. Na oficina de Foucault. *In*: KOHAN, W. O.; GONDRA, J. (Org.). **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 79-91.

# Vacinação entre trabalhadoras/es da saúde

*Silvia Moraes dos Reis  
Fernanda de Oliveira Souza  
Paloma de Sousa Pinho*

## Introdução

A imunização é um processo importante no controle epidemiológico da sociedade moderna (ZARDO *et al.*, 2014; KUCHAR *et al.*, 2017). Graças às vacinas e outros processos de melhorias sanitárias, a estimativa de vida do brasileiro aumentou nesses últimos anos (QUEIROZ *et al.*, 2013; CAMARGOS; GONZAGA, 2015). Contudo, apesar de sua relevância, diversas pessoas ainda deixam de imunizar-se por inúmeros fatores (ARAÚJO *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2013), expondo-se a riscos incompreensíveis, e em muitos casos, essa não imunização pode ser fatal (TAUIL *et al.*, 2012).

Na esfera profissional, não é muito diferente, inclusive entre profissionais de saúde, que, corriqueiramente, são mais expostos por terem contato direto ou proximidade com pessoas infectadas no seu ambiente de trabalho (SANTOS *et al.*, 2012). Segundo Araújo (*et al.* 2019), a não imunização desses profissionais pode estar relacionada às características de trabalho, hábitos de vida, condições sociodemográficas, às medidas preventivas e o estado de saúde.

O calendário de vacinação no Brasil é regulamentado pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Imunização (PNI) e para indivíduos adultos, com idade entre 20 e 59 anos, são disponibilizadas as vacinas hepatite B, febre amarela, difteria, tétano e tríplice viral, além da influenza a cada ano (BRASIL, 2018; BRASIL, 2016).

Em estudo realizado com trabalhadores de um centro de saúde em Santo Antônio de Jesus (BA), em 2013, foi relatada maior prevalência de vacinação para difteria e tétano (81,1%), seguida

da vacina tríplice viral (77,1%), da vacina para hepatite B (70,3%) e a menor prevalência foi encontrada para vacinação contra febre amarela (61,1%) (SOUZA *et al.*, 2014).

Com o passar dos anos, a credibilidade da população nas vacinas vem diminuindo devido ao surgimento do movimento antivacina. Portanto, diante da hesitação vacinal, gestores de saúde pública estão traçando estratégias eficazes para lidar com esse cenário (DUBÉ *et al.*, 2015).

Apesar das vacinas possuírem alguns efeitos adversos, a formulação baseada em vírus inativados e atenuados, permitem segurança a partir da sua fabricação (APS *et al.*, 2018). Além disso, a criação do PNI em 1973, mantém as vacinas dentro dos padrões adequados à vacinação em relação a sua eficácia, conforme a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e sua credibilidade e respeitabilidade cooperam com o alcance de coberturas vacinais superiores a 90% para quase todos os imunobiológicos distribuídos na rede pública (MIZUTA *et al.*, 2019).

Apesar da disponibilidade do sistema, nem sempre é possível mensurar a real cobertura para os quatro imunobiológicos entre adultos trabalhadores/as. Por isso, neste trabalho, não foram mensuradas coberturas vacinais, mas as prevalências de vacinação observadas e registradas nos cartões de vacina solicitados. Desta maneira, este estudo objetiva apresentar a situação vacinal dos/as trabalhadores/as das unidades de saúde da atenção básica no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, em relação aos quatro tipos de vacinas garantidas no calendário do adulto do PNI.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, conduzido no município de Santo Antônio de Jesus localizado na microrregião do recôncavo baiano, em 2019. Esse estudo é um recorte do projeto de pesquisa desenvolvido pelo Núcleo Saúde, Educação e Trabalho (NSET) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

intitulado “Vigilância e Monitoramento para doenças infecciosas entre trabalhadores do setor saúde”.

Participaram do estudo trabalhadoras/es atuantes das unidades de saúde básica do município, vinculados à zona urbana do município. O estudo abordou aspectos referentes à vacinação e avaliou 240 cartões de adultos/as trabalhadores/as. As informações a respeito da situação vacinal das/os trabalhadoras/es, através dos cartões de vacina, foram cedidas pela Rede de Frio.

Os cartões de vacinação foram solicitados pela Rede de Frio através da secretaria de saúde municipal em parceria com o projeto de pesquisa. A solicitação ocorreu em março de 2019 e os/as trabalhadores/as deveriam enviar a cópia dos cartões para o setor para serem digitados e analisados através do programa estatístico SPSS (versão 22). Foi verificada a situação vacinal de cada indivíduo, e as informações contidas nos cartões de vacina: idade, escolaridade e sexo, fornecendo subsídio para comparação entre os indivíduos. A classificação em relação à situação vacinal dos participantes deste estudo é apresentada em calendário completo e incompleto.

Foi considerado calendário completo aquele indivíduo trabalhador da saúde com esquema atualizado das vacinas garantidas gratuitamente pelo SUS para o indivíduo adulto, ou seja, comprovar três doses ou reforço após dez anos da dT (contra difteria e tétano); duas doses da tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola); três doses da hepatite B (contra hepatite B) e uma dose da febre amarela (contra febre amarela). Adicionalmente foi avaliada a presença/ausência da vacina anual da Influenza (contra influenza) (BRASIL, 2018).

A pesquisa possui aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) sob protocolo de número CAEE: 90204318.2.0000.0053.

## **Resultados**

A partir da análise dos 240 cartões de vacinação observou-se que em relação ao sexo, 90,8% eram do sexo feminino e 9,2%

do sexo masculino. Ressalta-se que dentre as mulheres, 65,1% possuíam vacinação incompleta e esse percentual foi maior entre os homens, 72,7% deles não estão totalmente imunizados (Tabela 1).

A idade dos participantes da pesquisa variou entre 21 e 72 anos, com média de 42,5 anos. A menor prevalência de vacinação completa esteve presente no grupo dos mais jovens – aqueles entre 21 a 29 anos (Tabela 1).

No que se refere à ocupação, 42,1% dos cartões analisados foram de ACS, 24,2% eram profissionais de nível médio, 20,8% equipe de enfermagem e 12,9% de outros profissionais de nível superior. A análise da situação vacinal por ocupação revelou que apenas um em cada três agentes comunitários está com calendário de vacinação completo e os profissionais de nível médio são os que mais estão com calendários incompletos (72,4%) (Tabela 1).

**Tabela 01.** Situação vacinal dos trabalhadores/as, segundo sexo, faixa etária e ocupação, Santo Antônio de Jesus, BA, 2019.

Variável	Nº	Vacinação Completa	Vacinação incompleta
<b>Sexo</b>			
Masculino	22	27,3%	72,7%
Feminino	218	34,9%	65,1%
Total	240	34,2%	65,8%
<b>Faixa Etária</b>			
21-29 anos	27	22,20%	77,80%
30 anos ou mais	198	35,9%	64,8%
Total	225	34,2%	65,8%
<b>Ocupações</b>			
ACS	101	33,7%	66,3%
Equipe de Enfermagem	50	46,0%	54,0%
Outros Prof. Nível Superior	31	29,0%	71,0%
Prof. Nível Médio	58	27,6%	72,4%
Total	240	39,2%	60,8%

\*ACS = Agentes Comunitários de Saúde.

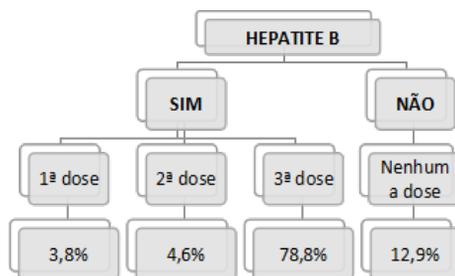
**Fonte:** Elaborado pelos autores (2019).

Inicialmente foram analisados os registros de vacinação para o calendário do adulto (PNI) com data anterior à solicitação

realizada pela rede de frio com o objetivo de reconhecer o impacto gerado através da solicitação do cartão aos trabalhadores. Os dados das figuras 1, 2, 3, 4 e 5 são referentes a situação vacinal dos/as trabalhadores/as que possuem data anterior à solicitação do cartão de vacinação pela secretaria de saúde.

Tratando-se da Hepatite B, 3,8% dos/as trabalhadores/as possuíam apenas uma dose da vacina registrada, 4,6% possuíam duas doses, 78,8% as três doses da vacina e 12,9% não recebeu nenhuma dose desta vacina (Figura 1).

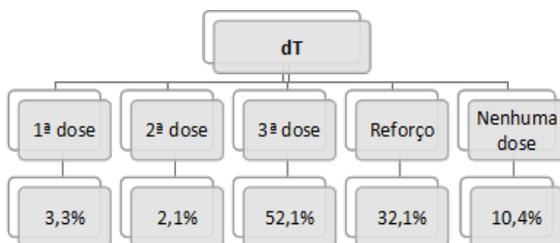
**Figura 1.** Prevalência de vacinação para hepatite B anterior à data da solicitação do cartão de vacina dos/as trabalhadores/as.



**Fonte:** Elaborado pelos autores (2019).

Sobre a dT, 3,3% dos/as trabalhadores/as da saúde possuíam apenas uma dose da vacina registrada, 2,1% possuíam duas doses, 52,1% as três doses da vacina e 32,1% tomaram o reforço, contudo 10,4% deles/as não recebeu nenhuma dose desta vacina (Figura 2).

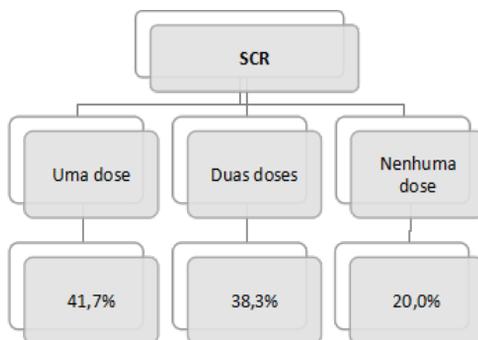
**Figura 2.** Prevalência de vacinação para dT anterior à data da solicitação do cartão de vacina dos/as trabalhadores/as.



**Fonte:** Elaborado pelos autores (2019).

A respeito da vacina tríplice viral, 41,7% possuíam apenas uma dose da vacina registrada, 38,3% possuíam duas doses e 20,0% não recebeu nenhuma dose desta vacina.

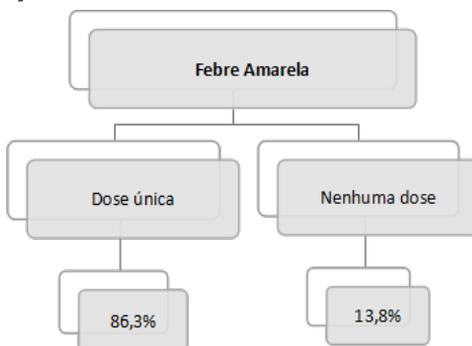
**Figura 3.** Prevalência de vacinação para vacina tríplice viral anterior à data da solicitação do cartão de vacina dos/as trabalhadores/as.



**Fonte:** Elaborado pelos autores (2019).

No que se refere à febre amarela 86,3% dos trabalhadores foram vacinados e 13,8% não haviam recebido nenhuma dose (Figura 4).

**Figura 4.** Prevalência de vacinação para Febre Amarela, anterior à data da solicitação do cartão de vacina dos/as trabalhadores/as.

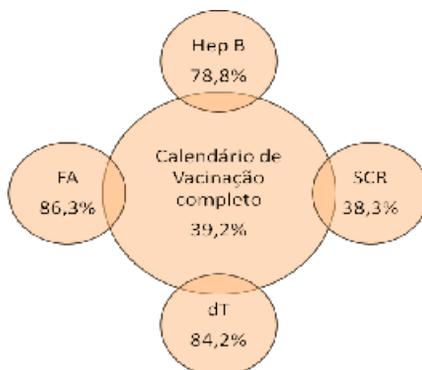


**Fonte:** Elaborado pelos autores (2019).

Foi analisada a completude de esquema vacinal de forma isolada para cada vacina. Além disso, pode-se estimar a prevalência de vacinação completa para as quatro vacinas do adulto. Veri-

ficou-se que menos da metade dos/as trabalhadores/as estavam com a caderneta de vacinação com esquema completo de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde: apenas 39,2%.

**Figura 5.** Prevalência de vacinação para as quatro vacinas do adulto: Hepatite B, Febre Amarela (FA), Tríplice Viral (SCR), Antitetânica (dT).



**Fonte:** Elaborado pelos autores (2019).

Ressalta-se que a solicitação do cartão de vacinação por parte da gestão impulsionou o/a trabalhador/a à atualizar sua caderneta de vacina, pois foi possível observar o impacto positivo e crescente nas prevalências quando fez-se o ponto de corte da data da solicitação. Esse aumento chegou à 4,6% para febre amarela, 10,8% para tríplice viral, 19,2% para difteria e tétano e 12,9% para hepatite B.

## Discussão

Com base no estudo em questão, foi observado que menos da metade dos trabalhadores (39,2%) estavam com a situação vacinal completa. Isso demonstra que estes trabalhadores estão expostos à riscos ocupacionais, visto que não se encontram devidamente imunizados com as quatro vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Há evidencia que é importante reconhecer, durante a formação profissional, o risco de infecção decorrente da não vacinação contra hepatite B (NEGRELLO *et al.*, 2019). A infecção crônica

causada pelo vírus da hepatite B atinge aproximadamente 257 milhões de pessoas em todo o mundo. As principais formas de adoecimento são a cirrose e o carcinoma hepatocelular. Cerca de 887 mil pessoas morrem anualmente em decorrência de infecções causadas pelo vírus da hepatite B (NEGRELLO *et al.*, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), a cidade de Santo Antônio de Jesus oferece todas condições necessárias para propagação e transmissão do vírus causador da febre amarela, e, por isso, o município encontra-se como área de recomendação da vacina. Diante disso, a cobertura vacinal para febre amarela precisa estar adequada. Nesse estudo, a prevalência de vacinação para febre amarela encontra-se próximo a média nacional 95% (BRASIL, 2019). Talvez esse valor esteja associado ao recente surto de febre amarela que ocorreu no país dando um maior incentivo à vacinação.

Ademais, também foi analisado que a equipe de enfermagem esteve mais vacinada do que as demais categorias. No entanto, ainda não se encontra com vacinação dentro do ideal. Foram discutidas possíveis determinações sociais envolvidas no processo de vacinação do adulto entre trabalhadores. Características como sexo, idade e ocupação estão envolvidas nessa determinação. As ocupações que prestam cuidados diretos ao paciente, dentro dos serviços de saúde (manuseio com material perfuro cortante, biológico e preparo de medicações) estão mais vacinadas, sugerindo que a percepção de risco pode favorecer condutas a maior adesão vacinal para essa classe (ARAÚJO *et al.*, 2019).

A educação pode ser uma estratégia significativa na busca de superar os desafios na imunização tanto de trabalhadores da saúde como de adultos de modo geral. Em relação aos trabalhadores de saúde, pode-se buscar o fortalecimento de ações de educação em serviço, visando sensibilizar as equipes sobre a vacinação, bem como alertá-las dos riscos ocupacionais em que se encontram expostos.

No que tange a população no geral, para uma melhoria deste cenário é preciso que haja a participação de todos os envolvidos

no processo. Os profissionais de saúde devem trabalhar conjuntamente na busca de educar a comunidade, desmistificando informações inverídicas que circulam nas redes sociais. Além disso, fornecer informações básicas e claras sobre a vacinação, sobre as doenças preveníveis, estar sempre revisando o cartão de vacina nos atendimentos, buscar a viabilização de campanhas de conscientização do público leigo e utilizar sempre a comunicação em favor da saúde estreitando o relacionamento com grandes difusores de informação como é o caso das redes sociais.

Outro estudo de corte transversal, realizado com 3.084 trabalhadores da saúde de cinco municípios da Bahia, estimou a prevalência de vacinação para cada imunobiológico do calendário vacinal do adulto. Dos resultados tabulados entre trabalhadores do setor saúde, 79,2% referiram ter recebido a terceira dose para hepatite B, 16,7% dos trabalhadores, possuíam vacinação para febre amarela, apenas 23,1% receberam a terceira dose da vacina contra difteria e tétano e 65,3% citaram, pelo menos uma dose da vacinação recomendada para sarampo, caxumba e rubéola. Esse estudo concluiu que ao avaliar a situação vacinal de um adulto, deve ser oportuno traçar estratégias de educação em saúde. Avaliar a situação vacinal possibilitou reflexão sobre as práticas de autocuidado e amplitude no aspecto da saúde (ARAÚJO, *et al.*, 2019).

Na Polônia, estudo sobre a influenza mostrou que a falta de clareza sobre os efeitos adversos da imunização pode ser um fator significativamente responsável pela baixa taxa de vacinação. Os profissionais de saúde precisam ter conhecimento científico sobre os riscos e benefícios relacionados às vacinas. Nesse contexto, faz-se necessário manter uma compreensão clara sobre o valor das vacinas tanto na população, como entre os profissionais de saúde (KUCHAR *et al.*, 2017).

O contato que os profissionais de saúde mantêm em seu cotidiano de trabalho, sendo expostos aos fluidos potencialmente contaminados, pode ocorrer de várias formas, tendo em vista o tempo de labor e dos diversos materiais que manuseiam. A con-

taminação pode ocorrer por inoculação cutânea, parenteral ou mesmo pelo contato direto com a mucosa ou a pele dos pacientes (TAVARES, 2013).

### Considerações finais

Este estudo avaliou a situação vacinal dos/as trabalhadores/as das unidades de saúde da atenção básica no município de Santo Antônio de Jesus (BA). Apesar da imunização ser algo de particular interesse desta população, devido a exposição ao risco ocupacional (lesão por agulha, exposição percutânea a sangue ou fluidos corporais), foi observado que menos da metade dos trabalhadores estavam com a situação vacinal completa. Esta situação é preocupante e medidas precisam ser adotadas visando à melhoria desta situação e minimização de riscos ao trabalhador/a. O fortalecimento de ações de educação em serviço, visando sensibilizar as equipes sobre a vacinação, bem como alertá-las dos riscos ocupacionais em que se encontram expostas é uma estratégia interessante.

A revisão do cartão de vacina também é uma medida significativa, visto que, neste trabalho, houve impacto positivo na imunização após a solicitação do cartão, gerando aumento no número de doses nas quatro vacinas, o que significa que o simples ato de solicitar o cartão de vacinação impulsionou estes indivíduos a melhorar a sua situação vacinal.

### Referências

APS, L. R. M. M. *et al.* Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Rev Saúde Pública**; v. 52, n. 40, p. 1-13, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000384.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000384.pdf). Acesso em: 02 jun. 2020.

ARAÚJO, T. M; SOUZA, F. O; PINHO, P. S. Vacinação e fatores associados entre trabalhadores de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**

va; v. 35, n. 4, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n4/e00169618/pt>. Acesso: em 02 jun. 2020. BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>. Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. BSB: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual\\_procedimentos\\_2014.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_procedimentos_2014.pdf). Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**. 5ª ed. BSB: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. Disponível em: [http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/15/rede\\_frio\\_2017\\_web\\_VF.pdf](http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/15/rede_frio_2017_web_VF.pdf). Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sem Fake News**. 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/fakenews>. Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre Amarela: guia para profissionais de saúde**. BSB: Secretaria de Atenção à Saúde, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/18/Guia-febre-amarela-2018.pdf>. Acesso: em 02 jun. 2020.

CAMARGOS, M. C. S; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Coletiva**; v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1460.pdf>. Acesso: em 02 jun. 2020.

COSTA, F. M. *et al.* A vacinação contra hepatite B é realidade entre trabalhadores da atenção primária à saúde? **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/52957/56976>. Acesso em: 02 jun. 2020.

DOMINGUES, C. M. A. S; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios

do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília; v. 22, n. 1, p. 9–27, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a02.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

DUBÉ, E; GAGNON, D; MACDONALD, N. E. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4191–4203, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25896385/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

KFOURI, R; LEVI, G. C. **Controvérsias em Imunizações**. São Paulo: Segmento Farma, 2018.

KUCHAR, E.; LUDWIKOWSKA, K.; ANTCZAK, A.; NITSCHOSUCH, A. Health-care professionals knowledge of influenza and influenza vaccination: results of a national survey in Poland. **Advs Exp. Medicine, Biology**; v. 1039, p. 19–27, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28770523/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

MARTINS, A. M. E. B. L; BARRETO, S. M. Vacinação contra a hepatite B entre cirurgiões dentistas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo; v. 37, n. 3, p. 333–338, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15861.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

NEGRELLO, K. F. J. *et al.* Matriz de recomendações estratégicas para a vacinação dos trabalhadores de saúde. **Rev Bras Med Trab**; v. 17, n. 2, p. 209–218, 2019. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/export-pdf/452/v17n2a09.pdf>. Acesso em 02 jun. 2020.

QUEIROZ, L. L. C. *et al.* Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 294–302, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/16.pdf>. Acesso em 02 jun. 2020.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Riscos e Vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 205–212, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/28.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIm). **Calendários de vacinação**. 2016. Disponível em: <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacao>. Acesso em: 02 jun. 2020.

SOUZA, F. O. *et al.* Vacinação contra hepatite B e Anti-HBS entre trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro; v. 23, n. 2, p. 172-179, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-172.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

TAUIL, M. C. *et al.* Mortalidade por hepatite viral no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**; v. 28, n. 3, p. 472-478, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2012.v28n3/472-478/pt>. Acesso em: 02 jun. 2020.

ZARDO, G. P. *et al.* **Vacina como agente de imunização contra HPV**. *Ciência e Saúde coletiva*; v. 19, n. 9, p. 3799-3808, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3799.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.



# Hesitação vacinal entre pessoal de saúde

*Fernanda de Oliveira Souza  
Tânia Maria de Araújo  
Paloma de Sousa Pinho*

## **Introdução**

A relutância em aceitar vacinação, apesar da sua disponibilidade gratuita, como é o caso do Brasil, fez com que, em 2019, a OMS incluisse nas suas principais metas o combate a “hesitação para vacinar”. A organização, considera que a vacinação é uma das formas mais efetivas para evitar doenças e considera que 1,5 milhão de mortes poderiam ser evitadas se a cobertura global de vacinação tivesse maior alcance (WHO, 2011). Além da proteção direta para indivíduos vacinados, as altas taxas de cobertura vacinal induzem proteção indireta para a comunidade em geral, diminuindo o risco de infecção entre aqueles que permanecem suscetíveis na comunidade (DUBÉ *et al.*, 2013).

Na maioria dos países, incluindo o Brasil, verifica-se que as taxas de vacinação, entre os diferentes grupos etários, passaram a cair nos últimos anos (ARROYO *et al.*, 2020; SANTOS SILVA, dos *et al.*, 2019) Os grupos ocupacionais vinculados ao setor saúde estão nessas estatísticas. Trabalhadores do serviço hospitalar, média complexidade e atenção básica tem apresentado baixas prevalências para vacinação de rotina e de campanha, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Imunização (PNI) (ALBANO *et al.*, 2014; ARÁUJO, SOUZA E PINHO, 2019) Pesquisas anteriores, realizadas em outros países, indicam clara associação entre os níveis mais baixos de confiança e níveis mais elevados de hesitação as vacinas entre diferentes trabalhadores da saúde (GUZMAN-HOLST *et al.*, 2020; JARRETT *et al.*, 2015). Realizar

o levantamento sobre as razões/barreiras que levam os trabalhadores a recusarem/hesitar o recebimento de imunobiológicos, pode colaborar com a proposição de estratégias para seu enfrentamento. No Brasil, as amplas investigações sobre o tema ainda estão restritas à população infantil (ARROYO *et al.*, 2020); .

Nesta revisão narrativa, serão abordadas duas questões relevantes. A primeira parte do texto, destina-se a apresentar os conceitos de hesitação e recusa vacinal, importantes para entendimento das barreiras que leva os trabalhadores da saúde a hesitarem ou recusarem receber vacinas e as estratégias sugeridas pelos pesquisadores da área com possíveis repercussões para o fortalecimento dos programas de vacinação.

## **Metodologia**

Esta pesquisa configura-se como um estudo bibliográfico, com base em uma revisão narrativa da literatura. A revisão narrativa busca reunir informações sobre uma temática, com o objetivo de descrever e discutir o desenvolvimento ou o 'estado da arte' de um assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual. Colaborando para atualização do conhecimento em curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

Foram definidas duas perguntas norteadoras para este estudo: Quais as barreiras estão relacionadas à vacinação entre trabalhadores do setor saúde? Quais estratégias são sugeridas para a superação desta problemática?

Com relação ao recorte temporal para busca, foram incluídas as produções publicadas entre 2011 e 2020, tendo em vista a definição de "Hesitação Vacinal" realizada pelo SAGE (Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Depois da proposição deste grupo de trabalho, a terminologia passou a ser utilizada amplamente entre os pesquisadores da área.

O processo de coleta do material para leitura, foi realizado de forma não sistemática, no período de maio de 2017 a maio de 2020. A

busca dos artigos foi feita nas bases de dados LILACS e MEDLINE (via pubmed), foram utilizados os seguintes termos para busca: "vaccination refusal", "vaccine hesitancy", "health personnel", "vaccination", e seus respectivos sinônimos em português, que constituem descritores cadastrados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

Para refinar a busca, foram utilizadas combinações entre os termos no MEDLINE ("vaccine hesitancy" com "health personnel"). Foram excluídas as publicações que tratavam sobre hesitação vacinal entre pais e mães de crianças, adolescentes e entre idosos.

### **Hesitação em vacinação**

A hesitação vacinal refere-se ao atraso na aceitação ou recusa da vacinação, apesar da disponibilidade de acesso à vacina. É considerado um fenômeno comportamental, bastante complexo em relação a seus determinantes e que varia ao longo do tempo, do local e dos tipos de vacinas (no trabalho em saúde, por exemplo, pode-se hesitar receber a vacina contra a gripe, mas aceitar com confiança todas as outras vacinas) (LARSON *et al.*, 2015); (SATO, 2018). O termo vem sendo utilizado para se referir a um grupo heterogêneo com atitudes divergentes incluindo questões como a complacência, conveniência e confiança com relação às vacinas (MACDONALD *et al.*, 2015)(ESKOLA *et al.*, 2015).

A hesitação vacinal, perpassa pela decisão de aceitar algumas ou todas as vacinas de acordo com o calendário preconizado, ou atrasar propositalmente, recusando, por completo, o esquema recomendado. Ainda existem aqueles que recusam apenas algumas vacinas e aqueles que têm dúvidas sobre a decisão de vacinar ou não (MACDONALD *et al.*, 2015; COSTANTINO *et al.*, 2020). No atual contexto pós-moderno que questiona a legitimidade da ciência e do conhecimento, não surpreende que alguns indivíduos questionem a relevância da vacinação. A hesitação da vacina pode ser uma consequência do foco da promoção na ação individual e no

crescimento do “consumismo” na assistência à saúde, o que significa o envolvimento dos usuários em suas próprias decisões de saúde (KATA, 2012).

É crucial identificar os fatores que se qualificam como barreiras à adoção de vacinas que podem ser fatores de acessibilidade (por exemplo, falta de infraestrutura e serviços de vacinação - disponibilidade da vacina) e fatores individuais (por exemplo, hesitação/aceitação da vacina) (GUZMAN-HOLST *et al.*, 2020).

Embora a hesitação às vacinas possa estar presente em situações onde a cobertura vacinal é baixa por falhas no sistema de saúde (falta da oferta de vacina, difícil acesso aos serviços de imunização, falhas de comunicação do programa de vacinação, ou desastres naturais ou situações semelhantes), essas situações em que os indivíduos ou comunidades não têm a oportunidade de aceitar ou recusar a vacina estão fora do âmbito da definição de hesitação vacinal. Por isso, as estimativas de cobertura vacinal, não podem ser usadas isoladamente como um indicador confiável de hesitação vacinal, principalmente se não foi possível o acesso público a vacina (MACDONALD *et al.*, 2015).

### **Barreiras relacionadas à vacinação**

Os estudos que examinam os determinantes para tomada de decisão sobre a vacinação resultaram em vários modelos propostos de aceitação e resistência, mais focados na tomada de decisão dos pais de crianças em idade pré-escolar, escolar ou de adolescentes (LEASK *et al.*, 2012; POSFAY-BARBE *et al.*, 2005; MANTHIRAM, EDWARDS & HASSAN, 2014).

Na presente revisão, a maioria dos estudos conduzidos entre trabalhadores da saúde sobre vacinação foram do tipo observacional (transversal), com relação ao local de realização dos estudos, predominaram as investigações desenvolvidas no setor hospitalar (sendo considerado principal local de exposição para agentes

infecciosos); entre as categorias profissionais de estudo, notou-se aquelas que aqueles que prestam assistência direta à pacientes (médicos e equipe de enfermagem), tem sido a população mais estudada. Sobre as vacinas de maior interesse, ganham destaque: Influenza e Hepatite B.

No contexto individual, para os profissionais de saúde hesitantes, destacam-se a preocupação com a segurança e eficácia das vacinas, medo de reações adversas e contra-indicação médica. A baixa percepção de risco frente exposição para as doenças infecciosas é outra barreira, comumente associada à vacinação. O baixo conhecimento sobre as vacinas, também é revelado através de uma série de mitos relacionados à temática, como: a crença de que a gravidez é uma condição que contraindica vacina para influenza pandêmica, a crença de que as vacinas contêm aditivos que podem desencadear alergias e a falta de conscientização sobre recomendações dos programas de vacinação (ALBANO *et al.*, 2014; ALHAMMADI *et al.*, 2015; ALSHAMMARI *et al.*, 2014; BAZÁN *et al.*, 2017; IBARRA *et al.*, 2014; VERGER *et al.*, 2015).

Outros motivadores para não vacinação entre profissionais de saúde incluem: o ambiente de comunicação e mídia, a influência de líderes religiosos pró ou antivacinação, histórico de influências relacionadas a cultura; sexo e condições socioeconômicas; influência da indústria farmacêutica; risco/benefício percebido; entendimento da imunização como uma norma social. Algumas questões estão diretamente relacionadas as vacinas: provas científicas relacionadas a eficácia, introdução de novas vacinas, modo de administração, confiança nos programa de vacinação disponíveis; custos relacionados a vacinação (ARÁUJO, SOUZA e PINHO, 2019; COSTA *et al.*, 2017; DUBÉ *et al.*, 2015; KUCHAR *et al.*, 2017; MACDONALD, 2020; MIZUTA *et al.*, 2018; NOWAK *et al.*, 2015).

Na figura 1, através da nuvem de palavras, estão organizadas graficamente as palavras relacionadas às barreiras para vacinação, em função da sua frequência nas publicações. É uma análise lexical simples, porém interessante.

**Figura 1.** Nuvem de palavras sobre barreiras para vacinação.



**Fonte:** Autoral (2020)

As pesquisas sobre os principais fatores apontados como barreiras para aceitação às vacinas de rotina e de campanha, evidenciaram que a tomada de decisão individual em relação à vacinação é mais complexo e pode envolver emoções (medo, insegurança), cultura, espiritualidade ou fatores políticos, tanto quanto fatores cognitivos. As causas multifatoriais da hesitação vacinal requerem uma ampla gama de abordagens, intervenções e mudanças no indivíduo e nos sistemas de saúde nacionais (SALMON *et al.*, 2015).

### **Abordagem da hesitação vacinal**

Apesar do avanço dos programas de vacinação gerar a diminuição de surtos e epidemias relacionados as doenças imunopreveníveis, o sucesso traz consigo desafios inerentes à sua evolução, pois o controle das doenças influencia a percepção dos riscos e benefícios para quem se vacina (SATO, 2018).

Parte das publicações revisadas foram produtos de investigações realizadas dentro de serviços hospitalares, por isso as sugestões para o enfrentamento à hesitação vacinal, quase sempre estão relacionadas as ações a serem desenvolvidas por coordenações dos programas de imunização de serviços ocupacionais para profissionais de saúde. Que, para enfrentar o desafio da baixa aceitação das vacinas no local de trabalho, precisam coordenar as atividades de educação para saúde e educação permanente,

relacionadas a imunização, pois os indivíduos, apesar de muitas vezes estarem dentro dos serviços de saúde, ainda carecem de informações sobre a existência e a importância das vacinas.

**Quadro 1.** Síntese realizada sobre estratégias para abordar hesitação vacinal entre o pessoal de saúde.

### **Lista de Estratégias (E<sub>i</sub>) sugeridas para abordar Hesitação**

- E1. Introdução de pontos de vacinação próximos ao local de trabalho;
- E2. Incluir na carga horário de trabalho tempo para o autocuidado;
- E3. Programas de vacinação obrigatório;
- E4. Aumento da informação sobre a vacinação através da mídia, no local de trabalho através de website ou linha telefônica.
- E5. Aumentar a conscientização sobre a segurança das vacinas, através dos departamentos ocupacionais;
- E6. Implementação de programas educacionais direcionados para melhorar acompanhamento das taxas de vacinação;
- E7. Programas de educação continuada, focados na doença imunopreveníveis, nos grupos de risco e complicações geradas pelas doenças;
- E8. Campanhas periódicas usadas para aumentar conhecimento e consciência a respeito das vacinas;
- E9. Inclusão da educação sobre vacinação no currículo de formação dos estudantes de saúde;
- E10. Exigir documentação por escrito quando da recusa às vacinas e exigir documentação de contra-indicações médicas ou religiosas.

**Fonte:** Organizado e adaptado a partir de (Alhammadi *et al.*, 2015; Bazán *et al.*, 2017; Lewthwaite *et al.*, 2014; Nowak *et al.*, 2015; Papagiannis *et al.*, 2016; Squeri *et al.*, 2017).

As vacinas para adultos são direcionadas para uma faixa etária mais diversificada, tornando a entrega e a promoção de vacinas mais problemática. A infra-estrutura usada para administrar vacinas para adultos difere substancialmente da população pediátrica e isso deve ser reconhecido, a fim de avançar para um programa abrangente de vacinação ao longo da vida, que é ainda mais crítico à medida que a população envelhece (MACDOUGALL *et al.*, 2015). A introdução de pontos de vacinação próximos ao posto de trabalho, foi uma estratégia apontada pelas pesquisas realizadas nos serviços de emergência e pronto atendimento (SQUERI *et al.*, 2017).

Sobre a implementação de programas educacionais direcionados, sugere-se a utilização de mensagens mais detalhadas, oportunas e consistentes sobre a segurança da vacina, bem como sua eficácia (BAZÁN *et al.*, 2017; LEWTHWAITE *et al.*, 2014; PAPA-GIANNIS *et al.*, 2016). A comunicação é uma ferramenta essencial

para o sucesso de qualquer programa de imunização. No entanto, quando utilizada de maneira inadequada pode contribuir para a hesitação às vacinas. Isso ilustra a importância das autoridades de saúde pública trabalharem em colaboração com especialistas em comunicação, para que suas mensagens, embora cientificamente rigorosas, possam ser efetivamente comunicadas ao público e aos prestadores de serviços de saúde (NOWAK *et al.*, 2015). O apelo as estratégias de marketing social tem sido uma maneira apropriada de convencer o público-alvo a alcançar o objetivo desejado e pode ser uma resposta valiosa no enfrentamento ao movimento antivacina, dado o contexto atual de desinformação e medo em torno das vacinas (OPEL *et al.*, 2016).

Os profissionais de saúde são geralmente fortes defensores da vacinação, mas as evidências sugerem que vários profissionais de saúde são hesitantes na percepção de vacinas. Por isso, ganha destaque a necessidade de programas de educação continuada, focados nas doenças imunopreveníveis, grupos de risco, complicações geradas pelas doenças, calendários vacinais. Tendo em vista que a complexidade dos calendários de vacinação e os aspectos relacionados a vacinologia podem ser barreiras para os profissionais de saúde que precisam se manter atualizados e que geralmente não se sentem à vontade para discutir a vacinação com os pacientes (KARAFILLAKIS *et al.*, 2016).

Os profissionais de saúde são frequentemente referidos como a fonte mais confiável de informações relacionadas à vacina. Sendo, desta forma, poderosa influência sobre as decisões dos usuários dos serviços e por desconhecimento, podem prejudicar a confiança contribuindo para a hesitação às vacinas na população em geral (DUBÉ *et al.*, 2013).

### **Considerações finais**

A revisão narrativa apesar de permitir ao leitor adquirir conhecimento sobre uma temática específica em um tempo curto, apre-

sentam desvantagens de não alcançar todas as referências possíveis, podendo apresentar resultados inconclusivos. No caso do presente estudo, foram descritas as barreiras relacionadas à vacinação entre trabalhadores da saúde vinculados, principalmente, ao setor hospitalar e discutidas, de forma ampla, as estratégias relacionadas ao enfrentamento deste problema. Reforça-se que ainda são poucos os estudos primários conduzidos nesta temática.

A revisão da literatura sobre o tema permitiu que fossem levantados elementos ainda não respondidos pelas investigações realizadas. Alguns questionamentos ainda necessitam ser feitos, para investigações futuras, a saber: Existe influência do movimento antivacina na aceitação da vacinação entre profissionais de saúde? Qual o papel histórico da família na adesão aos calendários vacinais na vida adulta? Quais medidas podem ser implementadas para estimular a vacinação no trabalho? Existem problemas de acesso relacionados à vacinação no trabalho em saúde? As crenças em saúde interferem na tomada de decisão? Qual papel da chefia imediata no processo de adesão às campanhas de vacinação e manutenção do calendário vacinal entre profissionais de saúde?

As informações apresentadas nesta revisão descritiva podem não representar dados de todos os países, mas apresenta os vários fatores relacionados às barreiras para vacinação e indica importantes lacunas, que sugerem a necessidade de mais estudos sobre o tema. O quadro sobre as estratégias para enfrentamento da hesitação, oferece uma visão geral de ações que podem ser incorporadas às rotinas de serviços de saúde ocupacionais. No entanto, garantir educação e conhecimento sobre vacinas entre indivíduos adultos, possivelmente através de programas desenvolvidos dentro do ambiente de trabalho, parece ser a melhor estratégia para incentivar futura aceitação de vacinas e minimizar o potencial de desenvolvimento de hesitação, embora sejam necessárias pesquisas para avaliar essas estratégias a longo prazo.

## Referências

ALBANO, L.; ANNA, M.; MARINELLI, P.; GIUSEPPE, G. DI. Knowledge, attitudes and behaviour of hospital health-care workers regarding influenza A/H1N1: A cross sectional survey. **BMC Infectious Diseases**, v. 14, n. 1, p. 1–7, 2014.

ALHAMMADI, A.; KHALIFA, M.; ABDULRAHMAN, H.; ALMUSLEMANI, E.; AL-HOTHY, A.; JANAHI, M. Attitudes and perceptions among the pediatric health care providers toward influenza vaccination in Qatar: A cross-sectional study. **Vaccine**, v. 33, n. 32, p. 3821–3828, 2015.

ALSHAMMARI, T. M.; ALFEHAID, L. S.; ALFRAIH, J. K.; ALJADHEY, H. S. Health care professionals' awareness of, knowledge about and attitude to influenza vaccination. **Vaccine**, v. 32, n. 45, p. 5957–5961, 2014.

ARAUJO, T. M.; SOUZA, F. O.; PINHO, P.S. Vacinação e fatores associados entre trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2019.

ARROYO, L. H.; RAMOS, A. C. V.; YAMAMURA, M.; WEILLER, T. H.; CRISPIM, J. DE A.; CARTAGENA-RAMOS, D.; FUENTEALBA-TORRES, M.; SANTOS, D. T. DOS; PALHA, P. F.; ARCÊNCIO, R. A. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006–2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 4, p. e00015619, 2020.

BAZÁN, M.; VILLACORTA, E.; BARBAGELATTA, G.; JIMENEZ, M. M.; GOYA, C.; BARTOLINI, R. M.; PENNY, M. E. Health workers' attitudes, perceptions and knowledge of influenza immunization in Lima, Peru: A mixed methods study. **Vaccine**, v. 35, n. 22, p. 2930–2936, 2017.

COSTA, F. M. DA; MARTINS, A. M. E. DE B. L.; LIMA, C. DE A.; RODRIGUES, Q. F.; SANTOS, K. K. F.; FERREIRA, R. C. Fatores associados à verificação da imunização pós-vacinação contra hepatite B entre trabalhadores da Atenção Primária. **Cad Saúde Colet**, v. 25, n. 2, p. 192–200, 2017.

COSTANTINO, C. *et al.* Determinants of vaccine hesitancy and effectiveness of vaccination counseling interventions among a sample

of the general population in Palermo, Italy. **Human Vaccines and Immunotherapeutics**, v. 00, n. 00, p. 1–7, 2020.

DUBÉ, E. *et al.* Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4191–4203, 2015.

DUBÉ, E.; LABERGE, C.; GUAY, M.; BRAMADAT, P.; ROY, R.; BETTINGER, J. Vaccine hesitancy An overview. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 9, n. 8, p. 1763–1773, 2013.

ESKOLA, J. *et al.* How to deal with vaccine hesitancy? **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4215–4217, 2015.

GUZMAN-HOLST, A.; DEANTONIO, R.; PRADO-COHRN, D.; JULIAO, P. Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. **Vaccine**, v. 38, n. 3, p. 470–481, 2020.

IBARRA, A.; PIÑEIRO, N.; PEREZ, G.; RODRIGUEZ, M. Vacunación antigripal en personal de salud: cobertura, actitudes y barreras contra la vacunación en dos servicios de un hospital general. **Arch Med Interna**, v. 36, n. 2, p. 47–94, 2014.

JARRETT, C. *et al.* Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4180–4190, 2015.

KARAFILLAKIS, E.; DINCA, I.; APFEL, F.; CECCONI, S.; WÜRZ, A.; TAKACS, J.; SUK, J.; CELENTANO, L. P.; KRAMARZ, P.; LARSON, H. J. Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. **Vaccine**, v. 34, n. 41, p. 5013–5020, 2016.

KATA, A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm – An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. **Vaccine**, v. 30, n. 25, p. 3778–3789, 2012.

KUCHAR, E.; LUDWIKOWSKA, K.; ANTCZAK, A.; NITSCH-OSUCH, A. Healthcare Professionals' Knowledge of Influenza and Influenza Vaccination: Results of a National Survey in Poland. **Adv Exp. Medicine, Biology-Neuroscience and respiration**, v. 6, p. 57–66, 2017.

LARSON, H. J.; JARRETT, C.; SCHULZ, W. S.; CHAUDHURI, M.; ZHOU, Y.; DUBE, E.; SCHUSTER, M.; MACDONALD, N. E.; WILSON, R.; GROUP, W. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool.

**Vaccine**, v. 33, p. 4165–4175, 2015.

LEASK, J.; KINNERSLEY, P.; JACKSON, C.; CHEATER, F.; BEDFORD, H.; ROWLES, G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. **BMC Pediatrics**, v. 12, p.01, 2012.

LEWTHWAITE, P.; CAMPION, K.; BLACKBURN, B.; KEMP, E.; MAJOR, D.; SARANGI, K. Healthcare workers' attitude towards influenza vaccination after the 2009 pandemic. **Occupational Medicine**, v. 64, n. 5, p. 348–351, 2014.

MACDONALD, N. E. *et al.* Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4161–4164, 2015.

MACDONALD, N. E. Hesitação vacinal : definição , escopo e determinantes. **Vaccine**, v. 33, p. 1–12, 2020.

MACDOUGALL, D. M.; HALPERIN, B. A.; MACKINNON-CAMERON, D.; LI, L.; MCNEIL, S. A.; LANGLEY, J. M.; HALPERIN, S. A. The challenge of vaccinating adults: Attitudes and beliefs of the Canadian public and healthcare providers. **BMJ Open**, v. 5, n. 9, p. 1–12, 2015.

MANTHIRAM, K.; EDWARDS, K.; HASSAN, A. Sustaining motivation to immunize: exchanging lessons between India and the United States. **Human Vaccines and Immunotherapeutics**, v. 10, n. 10, p. 2930–2934, 2014.

MIZUTA, A. H.; SUCCI, G. DE M.; MONTALLI, V. A. M.; SUCCI, R. C. DE M. Percepções Acerca Da Importância Das Vacinas E Da Recusa Vacinal Numa Escola De Medicina Tt - Perceptions on the Importance of Vaccination and Vaccine Refusal in a Medical School. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 1, p. 34–40, 2018.

NOWAK, G. J. *et al.* Addressing vaccine hesitancy: The potential value of commercial and social marketing principles and practices. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4204–4211, 2015.

OPEL, D. J.; DIEKEMA, D. S.; LEE, N. R.; MARCUSE, E. K. Social Marketing as a Strategy to Increase Immunization **Rates**. v. 163, n. 5, p. 432–437, 2016.

PAPAGIANNIS, D.; TSIMTSIOU, Z.; CHATZICHRISTODOULOU, I.; ADAMOPOULOU, M.; KALLISTRATOS, I.; POURNARAS, S.; ARVANITIDOU, M.; RACHIOU, G. Hepatitis B virus vaccination coverage in medical, nursing, and paramedical students: A cross-sectional, multi-centered study in Greece. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 13, n. 3, p. 1–9, 2016.

POSFAY-BARBE, K. M.; HEININGER, U.; AEBI, C.; DESGRANDCHAMPS, D.; VAUDAUX, B.; SIEGRIST, C.-A. How Do Physicians Immunize Their Own Children? Differences Among Pediatricians and Nonpediatricians. **Pediatrics**, v. 116, n. 5, p. e623–e633, 2005.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 6–7, 2007.

SALMON, D. A.; DUDLEY, M. Z.; GLANZ, J. M.; OMER, S. B. Vaccine hesitancy: Causes, consequences, and a call to action. **Vaccine**, v. 33, p. D66–D71, 2015.

SANTOS SILVA, A. B. DOS; MELO ARAÚJO, A. C. DE; SANTOS, M. C. DA S.; ANDRADE, M. S.; MENDONÇA, R. M. Indicadores de cobertura vacinal para classificação de risco de doenças imunopreveníveis. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, p. 1–11, 2019.

SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil ? **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 1, p. 1–9, 2018.

SQUERI, R.; RISO, R.; FACCIOLÀ, A.; GENOVESE, C.; PALAMARA, M. A. R.; CECCIO, C.; FAUCI, V. LA. Management of two influenza vaccination campaign in health care workers of a university hospital in the south Italy. **Annali di Igiene**, v. 29, n. 3, p. 223–231, 2017.

VERGER, P.; FRESSARD, L.; COLLANGE, F.; GAUTIER, A.; JESTIN, C.; LAUNAY, O.; RAUDE, J.; PULCINI, C.; PERETTI-WATEL, P. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A

National Cross-sectional Survey in France. **EBioMedicine**, v. 2, n. 8, p. 891–897, 2015.

WHO. Global Vaccine Action Plan 2011–2020. Geneva: **WHO**; 2013. [citado 10 maio 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/immunization/global\\_vaccine\\_action\\_plan/GVAP\\_doc\\_2011\\_2020/en/](https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/).

# Exposição ocupacional à hepatite B

*Sara de Pinho Gonçalves Almeida  
Margarete Costa Helioterio  
Paloma de Sousa Pinho*

## Introdução

O trabalhador da saúde está exposto à diferentes riscos ocupacionais, tais como químicos, físicos, psicossociais, ergonômicos e principalmente biológicos, devido à interação do profissional com pacientes com doenças infecciosas e também com materiais potencialmente contaminados com fluidos biológicos. O vírus da hepatite B (VHB) é o agente infeccioso com maior risco de ser transmitido em consequência de um acidente com exposição a material biológico (AT-BIO), sobretudo com material perfurocortante potencialmente infectado. O risco estimado de contaminação acidental pelo VHB após exposição percutânea pode chegar a 40%, sendo onze vezes maior entre pessoal de saúde quando comparado à população geral. A elevada infectividade, o impacto socioeconômico e às complicações provocadas, como cirrose e carcinoma hepatocelular, fazem da hepatite B (HB) um dos mais graves problemas de saúde pública atuais (SILVA *et al.*, 2011; MAGAGNINI; AYRES, 2009; PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008; MATEJUK; SIMON, 2015).

A hepatite B é a doença infecciosa relacionada ao trabalho mais frequente entre o pessoal hospitalar e a nona causa de mortalidade no mundo (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008). No Brasil, foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 120.343 casos confirmados de HB, no período de 1999 a 2011. Somente em 2010, foram 13.188 casos notificados da doença. Neste mesmo ano, a fonte de infecção foi ignorada em 56,1% dos casos, demonstrando a baixa qualidade no preenchimento das fichas de notificação o que

prejudica a avaliação da real magnitude das exposições ocupacionais ao VHB e o acompanhamento dos casos (BRASIL, 2012).

A Norma Regulamentadora (NR) 32, instituída com a finalidade de estabelecer diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores de serviços de saúde, prevê ações de prevenção aos AT-BIO, que devem ser levadas em consideração tanto pelos empregadores quanto pelos empregados. Entre elas, está a obrigatoriedade da existência de um programa de vacinação para os trabalhadores (BRASIL, 2005a). Apesar da disponibilidade gratuita da imunoprevenção para hepatite B para trabalhadores de saúde, a proporção de esquema vacinal completo (03 doses) ainda é insatisfatória (MILANI *et al.*, 2011). Além disso, sabe-se que a comprovação sorológica desses profissionais é essencial para a prevenção da transmissão ocupacional da doença. Há evidências que a vacinação e o monitoramento dos títulos de anticorpos (anti-HBs), são as medidas eficazes para a controle dessa infecção (SOUZA *et al.*, 2008; OSTI; MARCONDES-MACHADO, 2010).

A equipe de enfermagem constitui grande parte da força de trabalho do setor saúde participando de procedimentos clínicos que frequentemente envolvem manipulação de sangue, agulhas e materiais perfurocortantes potencialmente contaminados. Assim, a vulnerabilidade dos trabalhadores de enfermagem, tanto pela assistência direta e ininterrupta ao paciente, como pela exposição ao risco biológico merece atenção e destaque (SÊCCO; ROBAZZI, 2007; SANTOS *et al.*, 2008).

Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo avaliar a situação sorológica para HBV nas exposições ocupacionais a material biológico entre os trabalhadores de enfermagem do Brasil, no período de 2006 a 2012.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo que utilizou dados secundários provenientes do Sistema Nacional de Agravos de Notifica-

ção (SINAN). Foram incluídos todos os casos notificados de acidente de trabalho com exposição a material biológico ocorridos no Brasil com trabalhadores de enfermagem de 2006 a 2012, período cujas informações estavam disponíveis no momento da coleta de dados. O banco de dados foi extraído no sítio eletrônico do Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador ([ccvisat.ufba.br](http://ccvisat.ufba.br)) do Ministério da Saúde. Entre 2006 a 2012, foram notificados no Brasil, 105.699 casos de AT-BIO entre trabalhadores de enfermagem. Devido à inconsistência dos dados obtidos para a variável "idade"<sup>7</sup>, verificou-se a necessidade de excluir 799 casos do banco de dados, perfazendo um total de 104.900 casos a serem descritos no presente estudo.

Os dados foram tabulados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) para *Windows* versão 20.0. Foram utilizadas medida de frequência simples (absolutas e relativas). Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários e de domínio público disponível em internet, a apreciação do projeto de pesquisa por um comitê de ética foi dispensada de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os dados aqui apresentados preservam o sigilo e o anonimato dos acidentados, da empresa ou empregador.

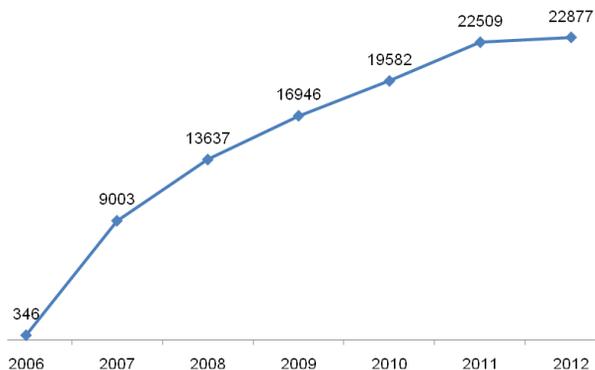
## Resultados

Ao longo dos anos, houve aumento das notificações dos acidentes envolvendo trabalhadores de enfermagem, o que não necessariamente traduz uma tendência para o aumento dos casos, mas pode sugerir melhora da eficiência do sistema de informações em registrar os AT-BIO ocorridos. Por qual seja a situação, a curva de crescimento evidenciada na figura 1 representa uma

<sup>7</sup> As exclusões foram decorrentes de: idades negativas, idades muito abaixo do esperado, idades muito acima da faixa etária condizente com a profissão. Assim, as idades aqui consideradas foram aquelas entre 18 e 70 anos.

preocupação e confirma a vulnerabilidade da equipe de enfermagem a este tipo de evento e à exposição ocupacional ao HBV.

**Figura 1** - Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre trabalhadores de enfermagem no Brasil, 2006-2012.



**Fonte:** SINAN (2006-2012).

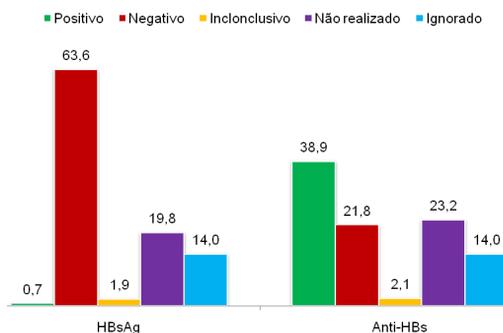
A maioria dos acidentes ocorreu entre mulheres (87,8%), na faixa de idade de 31 a 40 anos (31,5%), raça/cor branca (60,0%). As/os técnicas/os de enfermagem estiveram mais envolvidas/os em acidentes (51,3%). A principal forma de exposição ao agente biológico foi a percutânea (76,1%); o sangue foi o material biológico principal (81,9%) e 72,4% dos acidentes foram provocados por agulhas (com ou sem lúmen).

Os EPI mais utilizados pelos trabalhadores acidentados foram luvas (61,0%), aventais (34,8%) e máscaras (14,5%). Em relação à CAT, esta não foi emitida em 11,4% dos casos e foi ignorada em 31,6% deles. Na estratificação da circunstância dos acidentes por categoria de trabalho observou-se que 24,2% foram por outras formas (que não as citadas na ficha de notificação) entre enfermeiros, 19,7% entre técnicos de enfermagem e 18,0% entre auxiliares. Foi constatado, também, que a punção venosa/arterial foi o segundo tipo mais frequente de acidente ocorrido entre enfermeiros e auxiliares (19,5% e 14%, respectivamente). Outro tipo de acidente bastante prevalente foi aquele envolvendo descarte inadequado de material perfuro-

cortante, representando 12,5% dos casos entre auxiliares, 11,9% dos entre técnicos/as de enfermagem e 10,2% entre enfermeiras/os.

Com relação à situação vacinal para HB dos trabalhadores de enfermagem que sofreram AT-BIO no período estudado, considerou-se como vacinado o indivíduo que recebeu três doses da vacina. Observou-se que em 89,1% dos profissionais acidentados estavam com esquema de vacinação completo para HB. A situação sorológica dos trabalhadores acidentados foi averiguada no momento do acidente. Estimou-se que em 63,6% dos casos as vítimas de AT-BIO apresentaram sorologia negativa para HBsAg, evidenciando que estes trabalhadores não estavam infectados em época prévia ao acidente. Em 0,7% dos casos, o trabalhador acidentado já possuía o HBV antes do AT-BIO. Em 38,9% dos casos houve confirmação da titulação adequada de anti-HBs. O percentual de exames não realizados foi de 19,8% para HBsAg e 23,2% para anti-HBs e 14% dos casos tinham status sorológico ignorados para ambos os marcadores (Figura 2).

**Figura 2** – Situação sorológica para hepatite B dos casos notificados de AT-BIO entre trabalhadores de enfermagem (%). Brasil, 2006–2012.



**Fonte:** SINAN (2006–2012) ( $N_{\text{HBsAg}}=85845$ ;  $N_{\text{Anti-HBs}}=85750$ ).

Em menos da metade dos casos de AT-BIO observou-se titulação adequada de anti-HBs, revelando uma grande preocupação, pois, se tais profissionais estão frequentemente expostos ao risco de sofrerem um acidente devido às características inerentes

a sua práxis, este problema se potencializa de forma exponencial ao constatar-se que a forma mais eficiente de prevenção à exposição ao HBV – a imunização – é inconsistente. A alta frequência de não realização de testes sorológicos chave, como o HBsAg e anti-HBs, evidencia o não cumprimento destas normas, o que fere o direito do trabalhador e traz à tona a fragilidade das ações de vigilância à saúde do trabalhador.

A respeito das condutas adotadas em relação ao acidente, em 4,7% dos casos a medida determinada foi a aplicação da vacina contra HB, e em 2,0% a Vacina Imunoglobulina Humana anti HB (IGHAHB) foi utilizada. O percentual de casos sem indicação ou com recusa de profilaxia, bem como a evolução dos mesmos não foi calculado, pois, tratando-se de dados agregados, não se poderiam separar as informações relativas à exposição ao HBV e aos outros patógenos de interesse na ficha de investigação (HIV e HCV).

## **Discussão**

Os resultados revelaram que menos da metade dos casos de acidente entre trabalhadoras de enfermagem com exposição a material biológico possuía níveis de proteção adequados para hepatite B (anti-HBs), apesar da alta prevalência de esquema de vacinal completo. Diferentemente, no estudo de Souza e colaboradores (2015), a prevalência da vacinação completa contra hepatite B foi de 59,9%, indicando uma cobertura baixa. Por outro lado, no estudo atual, foi elevada a proporção de trabalhadores que não realizaram o anti-HBs (23%). Um estudo conduzido com trabalhadores da limpeza, títulos inadequados foram encontrados em 21% dos homens e 17,8% entre as mulheres (OSTI; MARCONDES-MACHADO, 2010)

A predominância de exposição percutânea encontrada nesta investigação coincide com outros achados de pesquisa, sendo o sangue o principal material biológico envolvido nos AT-BIO e domínio de agulhas como agente causador dos acidentes. Esses

achados também corroboram o alto risco de contrair doenças infecciosas, de transmissão parenteral, as quais os profissionais de enfermagem estão expostos durante sua prática laboral. O sangue é o principal responsável pela transmissão do HBV em unidades de saúde (BRASIL, 2006; SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008). Barros (2012) encontrou prevalência de 89,4% de exposições percutâneas em sua análise epidemiológica dos AT-BIO sofridos por profissionais de enfermagem atendidos em um serviço de referência do estado de Goiás. Em outra pesquisa, realizada em um hospital universitário paulista, verificou-se que, do total de acidentes, 79,9% foram por exposições percutâneas, 86,6% envolvendo sangue e 65,1% de AT-BIO foram causados por agulhas (SILVA *et al.*, 2010).

Valim e Marziale (2012), ao analisarem o preenchimento da ficha de notificação também identificaram que a maior parte delas não elucidaram o tipo de acidente ocorrido, 25% destes foram representados pela opção "Outros" na ficha de investigação. Porém, diferentemente dos resultados obtidos no presente estudo, as autoras observaram que o procedimento que mais causou acidentes entre aqueles profissionais foi a manipulação da caixa de perfurocortante (17,3%). Por outro lado, o estudo de Magagnini e Ayres (2009), revelou que a maioria dos AT-BIO envolvendo trabalhadores de enfermagem ocorreu devido administração de medicação endovenosa (24,7%), coleta de sangue periférico e descarte inadequado de material (ambos 16,5%) (MAGAGNINI; AYRES, 2009).

O descarte inadequado de materiais perfurocortantes é uma prática que põe em risco não somente os trabalhadores de enfermagem e demais profissionais da saúde, que lidam diretamente com os pacientes e com procedimentos de alto risco, mas também expõem outras categorias de trabalhadores, como aqueles que prestam serviços gerais/de limpeza. O gerenciamento eficaz deste tipo de resíduo configura-se como uma forma eficiente de prevenção de acidentes (SOUSA *et al.*, 2013). A prevalência de AT-BIO secundários ao descarte inadequado de materiais perfuro-

cortantes encontrada neste estudo sinaliza duas questões importantes: o mau gerenciamento de resíduos nas instituições de saúde brasileiras e a disponibilização e adesão ao uso de EPIs conforme recomendações específicas.

Sabe-se que a vacina contra hepatite B é a principal forma de prevenção da infecção e está disponível gratuitamente para profissionais de saúde em qualquer faixa de idade desde 2010. Neste sentido, a prevalência de vacinação para o período estudado foi consideravelmente alta (BRASIL, 2013; BRASIL, 2010). Por outro lado, estudos apontam que a hesitação à vacinação pode ocorrer pela não percepção do risco de infecção, falta de compromisso com o esquema vacinal, déficit no conhecimento sobre as formas de transmissão da doença e/ou receio quanto aos efeitos adversos da vacina e notícias falsas (SATO, 2019; ASSUNÇÃO *et al.*, 2012).

Assim, apesar da significativa adesão à vacinação contra hepatite B entre profissionais de enfermagem, é importante enfatizar que nem sempre o profissional vacinado estará imunizado. A forma de conferir imunidade para hepatite B é a verificação dos títulos de anticorpos para o antígeno de superfície da hepatite B, o anti-HBs. No caso de AT-BIO, o Ministério da Saúde preconiza a realização das sorologias para anti-HIV e anti-HCV, e nos casos em que não há evidência de proteção para HB, deve-se realizar, também, HBsAg, anti-HBc e anti-HBs (BRASIL, 2006).

Pinheiro e Zeitoune (2009) ao realizarem um estudo cujo objetivo foi identificar a resposta imunológica para HB de 44 profissionais de enfermagem da clínica médica de um hospital no Rio de Janeiro, observaram que 86,4% dos profissionais não havia realizado o exame anti-HBs, e entre as justificativas identificou-se o desconhecimento do teste e a dificuldade de acesso ao mesmo. As autoras frisaram a necessidade da organização do serviço de saúde do trabalhador em hospitais e da necessidade de atividades, como o acompanhamento e manutenção da atualização dos calendários vacinais.

## **Considerações finais**

Os resultados revelaram um significativo aumento do número de casos de AT-BIO no período estudado, porém estes dados ainda podem não retratar o número real de eventos. Tais resultados confirmam o risco de exposição a doenças infecciosas, como a hepatite B, a que a equipe de enfermagem está exposta, dada a natureza do trabalho destes indivíduos. Denotam, também, certa negligência por parte das gestões não oportunizarem ambientes de trabalho seguro e/ou de trabalhadores realizarem procedimentos sem as devidas ações de prevenção de acidentes e proteção à sua própria saúde.

Fica clara a necessidade de se adotar medidas mais efetivas de prevenção aos AT-BIO, um dos principais meios de redução da cadeia de transmissão ocupacional de hepatite B e outras doenças. É importante promover, em âmbito federal, estadual e municipal, ações de educação permanente, que sensibilizem tanto os profissionais quanto os empregadores, para que estes reconheçam o seu papel na redução do número de casos de AT-BIO. Considera-se crucial para este fim, o suprimento de EPI e de materiais perfurocortantes com dispositivos de segurança em quantidade suficiente nos postos de trabalho, o controle rigoroso da atualização dos esquemas vacinais dos trabalhadores, reorganização do trabalho em saúde, bem como a realização de testes sorológicos que confirmem a proteção imunológica adequada contra hepatite B.

Há que se garantir que as recomendações preventivas e profiláticas instituídas em protocolos e portarias sejam cumpridas, com vistas ao fortalecimento da vigilância à saúde do trabalhador, dentre as quais se destaca a NR 32 e o protocolo Exposição a Material Biológico, do Ministério da Saúde.

É necessário reconhecer as limitações deste estudo, principalmente no que se refere à baixa qualidade do preenchimento das fichas de investigação de AT-BIO, e por consequência, dos bancos de dados utilizados e inconsistências de alguns dados.

Ademais, a notificação dos acidentes também deve ser alvo de ações de educação em serviço, uma vez que os profissionais de saúde, principais vítimas destes eventos, são os responsáveis pelo preenchimento da ficha de investigação. Contudo, vale ressaltar que apesar das fragilidades identificadas no sistema de notificação e de vigilância dos AT-BIO no Brasil, percebe-se que, ao longo dos anos, muitas conquistas já foram alcançadas, devendo continuar empenhando esforços para que os avanços na saúde do trabalhador não se estagnem.

## Referências

ASSUNÇÃO, A. A. Vacinação contra hepatite B e exposição ocupacional no setor saúde em Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 665-673, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/aop3554.pdf>.

BARROS, D. X. **Acidentes ocupacionais com material biológico entre a equipe de enfermagem no Estado de Goiás** [dissertação]. Universidade Federal de Goiás, 2012. 116f. Disponível em: [https://mestrado.fen.ufg.br/up/127/o/Dayane\\_Xavier\\_de\\_Barros.pdf](https://mestrado.fen.ufg.br/up/127/o/Dayane_Xavier_de_Barros.pdf).

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a Norma Regulamentadora 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Brasília: Diário Oficial da União: 2005a. Disponível em: <http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Aconselhamento em Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites\\_acoes.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_acoes.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_expos\\_mat\\_biologicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Parecer Técnico nº 04/2010/CGPNI/DEVEP/SVS/MS e DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS/SVS/MS de 13 de maio de 2010 – **Atualização da indicação da vacina hepatite B nos serviços de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/parecer\\_n\\_04007\\_VACINA2\\_0.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/parecer_n_04007_VACINA2_0.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – **Hepatites Virais**. Ano III, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anejos/publicacao/2012/51820/boletim\\_epidemiol\\_gico\\_hepatites\\_virais\\_2012\\_ve\\_12026.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anejos/publicacao/2012/51820/boletim_epidemiol_gico_hepatites_virais_2012_ve_12026.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Técnica Conjunta nº 02/2013/CGPNI/DEPEV e CGDHRV/DST-AIDS/SVS/MS de 19 de abril de 2013 – **Ampliação da oferta da vacina hepatite B para a faixa etária de 30 a 49 anos em 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anejos/page/2010/43122/notatecnicaconjuta02\\_ampliacaohepbate49anos\\_ms\\_25\\_\\_13875.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anejos/page/2010/43122/notatecnicaconjuta02_ampliacaohepbate49anos_ms_25__13875.pdf).

GOMES, A. C. *et al.* Acidentes ocupacionais com material biológico e equipe de enfermagem de um hospital-escola. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 220–223, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a14.pdf>.

MAGAGNINI, M. A. M.; AYRES, J. A. Acidentes com material biológico: a realidade de uma instituição hospitalar do interior paulista. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 123–130, 2009. Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mas-top\\_publish/files/files\\_4c0e47a93ae90.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mas-top_publish/files/files_4c0e47a93ae90.pdf). Acesso: 26 set. 2015.

MAGAGNINI, M. A. M.; ROCHA, S. A.; AYRES, J. A. O significado do acidente com material biológico para os profissionais de enferma-

gem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 302-308, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a13v32n2.pdf>.

MATEJUK, A.; SIMON, K. Impacto of vaccination against HBV on hepatitis B incidence in Opolskie province in 2007-2011. **Przegl Epidemiol**, v. 69, n.1, p. 27-31, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25862444>.

MILANI, R. F. *et al.* Imunização contra hepatite B em profissionais e estudantes da área da saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiânia, v. 13, n. 2, p. 323-30, 2011. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n2/v13n2a19.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a19.htm).

OSTI, C.; MARCONDES-MACHADO, J. Vírus da hepatite B: avaliação da resposta sorológica à vacina em funcionários de limpeza de hospital-escola. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1343-48, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/043.pdf>.

PAULINO, D. C. R.; LOPES, M. V. O.; ROLIM, I. L. T. P. Biossegurança e acidentes de trabalho com pérfuro-cortantes entre os profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza-CE. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 507-513, 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13109/8867>.

PINHEIRO, J. ; ZEITOUNE, R. C. G. Hepatite B: conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 258-264, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a09.pdf>.

\_\_\_\_\_. O profissional de enfermagem e a realização do teste sorológico para Hepatite B. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 30-34, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a06.pdf>.

PIRATHEEPKUMAR, V. *et al.* Hepatitis B vaccine immunogenicity among nurses of a hospital. **Ceylon Medical Journal**, v. 59, p. 59-60,

2014. Disponível em: <http://cmj.sljol.info/article/abstract/10.4038/cmj.v59i2.7065/>.

SANTOS, R. *et al.* Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. **Referência**. Série 2, n. 8, p. 17-31, 2008. Disponível em: [https://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id\\_artigo=2117&pesquisa=](https://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2117&pesquisa=).

SATO, A. P. S. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 96, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102018000100601&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100601&lng=en&nrm=iso).

SÊCCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho na equipe de enfermagem de um hospital de ensino do Paraná – Brasil. **Ciência y Enfermería**, v.13, n.2, 65-78, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cief/v13n2/art08.pdf>.

SILVA, T. R. *et al.* Acidente com material perfurocortante entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 615-622, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a02v31n4.pdf>.

SILVA, F. J. C. P. *et al.* Estado vacinal e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre hepatite B em um hospital público do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 258-264, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n124/a09v36n124.pdf>.

SOUSA, R. L. *et al.* Descarte adequado de perfurocortantes num hospital de Macapá-Brasil: um importante fator de prevenção de acidentes. **Ciência Equatorial**, v. 3, n. 1, p. 69-81, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unifap.br/index.php/cienciaequatorial/article/viewFile/813/Romulos>.

SOUZA, F.O. *et al.* Vacinação contra hepatite B e anti-HBS entre trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,

v. 23, n.2, p.172-179, 2015. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-172.pdf>.

SOUZA, A.C.S. *et al.* Adesão à vacina contra hepatite B entre recém-formados da área de saúde do município de Goiânia. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, V. 7, n. 3, p. 363-9, 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/6509/3863>.

SPAGNUOLO, R. S.; BALDO, R. C. S.; GUERRINI, I. A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Londrina-PR. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 315-326, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/13.pdf>.

VALIM, M. D.; MARZIALE, M. H. P. **Notificação de acidentes do trabalho com exposição a material biológico**: estudo transversal. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 11, n. 1, p. 1-11, 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3537/html>.

**PARTE IV**  
**ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**



# Enfermagem e Atenção Primária à Saúde

*Brenda Silva Cunha*

*Daiane Luz Araújo*

*Josele de Farias Rodrigues Santa Bárbara*

*Paulo José dos Santos de Matos*

*Thayná Oliveira Militão*

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como um dos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo amplamente conhecida como uma estratégia reordenadora do modelo de atenção à saúde. A Política Nacional de Atenção (PNAB) considera os termos Atenção Básica (AB) e APS como equivalentes e cita através da Portaria n 2.436 de 21 de setembro de 2017 que estas podem ser consideradas:

Um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Concernente à evolução histórica do conceito de APS até o amplamente utilizado, e descrito anteriormente, essa conceitualização foi interpretada inicialmente numa concepção de um sistema de saúde organizado de maneira regionalizada e hierarquizada, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida (LAVRAS, 2011). A posteriori, o conceito foi se moldando, recebendo contribuições e se consolidando atualmente como o primeiro nível de atenção à saúde que tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Destaca-se a importância da “Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários” de 12 de setembro de 1978 e sua parcela colaborativa no processo de construção desse conceito, a qual tinha como intuito que a APS viesse a ser um sistema de saúde justo, democrático, pondo em pauta a valorização da participação social nos diferentes lugares de prática de saúde e/ou de discussões acerca dos diversos temas que inserem-se neste campo, e também que viesse a ser um sistema que garantisse o direito universal à saúde (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018).

Com o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, criado na constituição de 1988 no dia 17 de maio de 1988, na 267ª Sessão da Assembleia Nacional Constituinte, passou-se a enfatizar a APS como porta de entrada do sistema de saúde, que deve estar disponível o mais próximo possível dos usuários, sem nenhuma barreira de acessibilidade, sejam geográfica, financeira, cultural ou até mesmo organizacional. A longitudinalidade, que significa o estabelecimento de vínculo ao longo da vida dos indivíduos e seu coletivo e a integralidade da assistência, que envolve a articulação com os demais níveis de atenção, são consideradas também atributos importantes da APS (PINTO *et al.*, 2019; PORTELA, 2017).

Segundo a PNAB, a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem propiciado a expansão e consolidação da Atenção Básica, se consolidando como uma proposta alternativa aos modelos hegemônicos existentes. Nesse contexto, a importância para além da infraestrutura e ambiência dos tipos de unidades e equipamentos de Saúde, é indispensável a existência de uma equipe capaz de atender as demandas direcionadas para a AB (BRASIL, 2017; VILASBÔAS, 2019).

Neste sentido, para que os serviços da APS sejam eficazes, é necessário uma equipe de saúde multidisciplinar, que realizem ações pautadas nos princípios do SUS – a universalidade, integralidade e equidade (PINTO *et al.*, 2019). A inserção dos profissionais do campo da Enfermagem e seus diferentes papéis na APS, possibilitam uma reorientação do cuidado através de atividades

assistenciais, de gestão ou gerência, de educação em serviço e em saúde e de pesquisa e extensão, permeando , ações que vão desde a consulta de enfermagem à orientação para os pacientes, destacando o papel de gerência do serviço e da equipe para o adequado funcionamento das unidades de saúde (BRASIL, 2017).

A atuação dessa classe profissional começa desde a graduação, quando realizam visitas às unidades de saúde ou exercem estágio curricular, podendo ainda ser local de estágio para alunos de residências multiprofissionais em enfermagem e outras formações. Neste contexto, tem-se a enfermeira da unidade também como educadora, preceptora desses alunos, configurando um papel indispensável para construção de profissionais comprometidos com a profissão e com a comunidade na qual está inserido.

Os profissionais de saúde, seja enfermeira ou outro profissional, devem compreender a importância social do seu “saber” e do seu “fazer”, posto que esse discernimento tende a impactar positivamente na vida das pessoas, e conseqüentemente em uma boa qualidade da assistência prestada. A quantidade de atividades que competem a enfermeira na APS no que tange ao aspecto gerencial e de articulação intersetorial, pode, segundo Galavote e colaboradores (2016), distanciar o profissional da assistência direta aos usuários do serviço. Sendo evidente que esses profissionais devem atuar com responsabilidade e eficácia, para que a atuação de um serviço não prejudique o outro, pondo em prática assim o planejamento em saúde.

Nesse contexto, a organização do processo de trabalho na APS é fundamental para que a equipe possa avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção e da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. Assim, a APS requer profissionais com uma ampliação do seu núcleo de saberes que, além da competência técnica, desenvolvam as dimensões políticas e de gestão do trabalho em saúde (DUTRA *et al.*, 2016; NEVES *et al.*, 2016).

Dentre as atribuições da Enfermeira na APS, destacam-se a realização de cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; a realização de consultas de enfermagem, mediante uma assistência integral que abarque a saúde da criança, mulher, homem, adolescente, adulto e idoso; e solicitação de exames complementares e prescrição de medicações, conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e disposições legais da profissão.

Além disso, ações de planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de saúde, levando em conta as reais necessidades de saúde da população adscrita; a realização de atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional de Assistência Básica (NOAS) de 2002; a supervisão e execução de ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem, com vistas ao desempenho das funções, entre outras (DUTRA *et al.*, 2016).

Especificamente sobre a Saúde Pública, a autonomia da Enfermeira torna-se mais expressiva por meio do atendimento à população nas Consultas de Enfermagem (CE) e nas atividades de educação em saúde no âmbito individual e coletivo. Nesta perspectiva, a enfermeira precisa delinear cada vez mais o seu campo de atuação profissional e desenvolver o seu projeto político-legal, considerando o ser humano como sujeito e ator social. No atual contexto de reversão do modelo assistencial da APS, somado à expansão do papel da Enfermagem neste cenário, justifica-se conhecer como tais processos têm-se estabelecido a nível internacional e nacional, em busca de evidências científicas que norteiem o processo de trabalho na ESF (DUTRA *et al.*, 2016; NEVES *et al.*, 2016).

As CE tendem a abranger em sua maioria pessoas portadoras de diabetes, hipertensão ou associação entre ambos, sendo estas, consideradas as doenças crônicas mais prevalentes em todo o mundo (SARNO; BITTENCOURT; OLIVEIRA, 2020). O acompanha-

mento dessas doenças no âmbito da AB, também compreendidas nesse contexto como fatores de risco cardiovascular, visa para além do tratamento e estímulo ao autocuidado, a contribuição para redução do risco cardiovascular, pois conforme Félix (2019), a enfermeira atua desde a APS prevenindo e tratando a hipertensão, diabetes e outras doenças. Neste sentido, colabora assim, para uma redução das complicações advindas das mesmas, reduzindo conseqüentemente a necessidade da procura a serviços de saúde de maior complexidade, componentes também da RAS.

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, que tem como objetivo relatar a experiência de dois graduandos em Bacharelado em Enfermagem e de uma residente do Programa de Residência em Enfermagem com Ênfase em Cardiologia, ambos ofertados pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) localizado na cidade Santo Antônio de Jesus, no estado da Bahia, em uma Unidade de Saúde da Família do referido município.

Revisou-se a literatura, de forma narrativa, por meio de artigos e portarias compreendendo o período de 2011 a 2020 seguindo análise dos referidos autores do trabalho para inserção neste.

### **As diferentes vivências**

Durante a graduação, os discentes de Enfermagem possuem acesso a conteúdos gerais da Saúde Coletiva, incluindo a APS, e podem experienciá-los na prática, desenvolvendo ações supervisionadas por docentes. Essas ações visam promover e estimular competências técnicas e humanísticas para o futuro profissional de Enfermagem, além de desenvolver a comunicação interpessoal e auxiliar no planejamento de estratégias e mediação de possíveis conflitos nos campos de prática voltados para a Atenção Básica.

Torna-se válido, portanto, expor, a partir do olhar de dois graduandos em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), que cursam o 8º período, as experiências e as

atividades desempenhadas pelos mesmos. É importante ressaltar que os discentes, para produzir este relato, foram aprovados no componente curricular de Enfermagem na Atenção em Saúde Coletiva, onde puderam vivenciar todo o contexto da APS de Santo Antônio de Jesus (BA).

Primeiramente, realizou-se Educação em Saúde. Os discentes planejaram e elaboraram materiais lúdicos para realizar sala de espera, onde foram abordadas temáticas muito importantes, como: combate e prevenção a arboviroses, imunização, hipertensão e diabetes. Posteriormente, realizou-se Educação em Serviço, onde temáticas como Saúde do trabalhador foram abordadas com os trabalhadores das UBSs.

Além disso, foram realizadas consultas de enfermagem para pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, vinculadas ao programa de Hiperdia em dias preestabelecidos pelas USFs do município; realizou-se também acompanhamento de consultas nos programas de Hanseníase e Tuberculose, visando a aproximação com o programa e com os pacientes, além de sanar dúvidas tanto com o profissional que estava fornecendo a consulta, quanto com a docente responsável por acompanhar os discentes. Diante disso, pôde-se perceber que as consultas possibilitaram uma maior inserção prática dos graduandos com consequente aplicação de conhecimentos previamente adquiridos.

Outra atividade desempenhada pelos graduandos na AB foi a prática em Sala de Vacina, pondo em prática os conhecimentos adquiridos sobre Imunização. Neste momento, houve oportunidade da participação efetiva, inclusive na campanha de vacinação contra o sarampo. A atuação dos graduandos, durante a campanha, foi realizada em conjunto com a responsável técnica da Rede de Frio do município. A prática de imunização pôde contribuir positivamente para a promoção e fixação de aprendizados, obtidos através da experiência.

Além do ato da vacinação, os graduandos atuaram também na promoção da sensibilização e disseminação de informações

acerca da importância de manter as vacinas em dia. Este papel que foi desempenhado mostra-se relevante, pois além de possibilitar o conhecimento da realidade dos serviços de saúde, os graduandos puderam compreender e transmitir conceitos bastante pertinentes como o da prevenção e promoção da saúde tendo como parâmetro a Saúde Coletiva.

Por sua vez, o Programa de Residência em Enfermagem com ênfase em Cardiologia da UFRB tem atuado em diversos campos, dentre eles na Atenção Primária à Saúde. As atividades que vêm sendo desenvolvidas por uma das residentes em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Santo Antônio de Jesus-BA são de grande relevância e estão de acordo com as atribuições preconizadas pela Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB) inerentes ao profissional enfermeiro: assistenciais, gerenciais, de ensino e pesquisa (BRASIL, 2017).

A USF referida abrange um território de zona urbana composto por nove microáreas e um total de 3473 pessoas cadastradas. A maior parte da população é constituída por adultos, do sexo feminino, comerciantes ou trabalhadores do comércio. As doenças crônicas têm alta prevalência entre a população desta área de abrangência, sobretudo a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, porém outras doenças e/ou agravos são bastante frequentes: doença de chagas, câncer, alcoolismo e tabagismo.

A enfermeira e os demais profissionais que compõem a APS têm importante papel na promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas acometidas por doenças crônicas, principalmente Hipertensão e Diabetes (BRASIL, 2013a; BRASIL 2013b). A participação da residente em conjunto com a equipe multidisciplinar é de grande relevância na prevenção das complicações cardíacas causadas pela descompensação destas doenças crônicas, bem como na estimulação da adoção dos hábitos de vida saudáveis e sensibilização da população sobre a importância do autocuidado.

Assim, o acompanhamento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso (alimentação, atividade física, saúde mental e outros fatores que interferem no processo saúde doença) é de grande relevância e a enfermeira deve realizar este acompanhamento através das consultas de enfermagem, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

A residente com o intuito de agregar a assistência destes pacientes, propôs assumir junto à enfermeira da USF a retomada das consultas de enfermagem através do Programa Hiperdia, com o objetivo de acompanhar e assistir de maneira mais criteriosa os usuários que necessitam de um maior cuidado cardiovascular. Para auxiliar nas consultas foi criado um roteiro baseado nas informações dos cadernos de Atenção Básica que trazem informações para a prática da enfermeira.

Além disso, como proposta inovadora a residente traz o uso de uma nova teoria como instrumento para embasar o seu cuidado na avaliação dos riscos cardiovasculares: a TEORISC. Este instrumento foi desenvolvido por um enfermeiro doutor e utiliza os cuidados de enfermagem baseados nos diagnósticos de enfermagem da CIPE para pacientes que apresentam os critérios que compõem a síndrome metabólica, entre eles a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (FÉLIX, 2019).

Com a chegada da pandemia do COVID-19, as atividades coletivas tiveram que ser ajustadas, com o objetivo de evitar o alto fluxo de usuários na unidade e aglomerações. Nessa nova modalidade de rotina, por diversas vezes durante o acolhimento inicial do usuário na USF a residente identificou muitos pacientes com pico hipertensivo, os quais referiam na maioria dos casos o uso inadequado das medicações, assim como o estresse vivenciado pela chegada da pandemia do coronavírus. Os mesmos foram orientados quanto a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso e aos cuidados necessários de prevenção do COVID-19.

Neste momento tão complexo que é a pandemia, as ações de prevenção de outros agravos são extremamente importantes, como a campanha de vacinação contra a influenza, na qual a residente atuou na administração do imunobiológico, assim como nas atividades de educação em saúde para a população. A vacinação extra-muro foi uma estratégia adotada pela USF para a vacinação dos idosos, já que os mesmos eram o principal grupo de risco da COVID-19 e a recomendação era que os mesmos se mantivessem em casa, evitando assim sua exposição e o possível contágio com a doença.

No que diz respeito às atividades de gerência, a residente vem desenvolvendo as mesmas junto com a enfermeira preceptora, coordenando a equipe, gerindo conflitos, agilizando processos relacionados a demandas de pacientes, buscando alcançar metas e prover materiais e insumos, atualização das fichas e-SUS, diagnóstico situacional das condições sociais e de saúde da comunidade, entre outros. Neste sentido, a articulação com outros profissionais da equipe é de suma importância para alcançar resultados positivos no aspecto gerencial, como por exemplo, os Agentes Comunitários de Saúde para a resolução das demandas da área de abrangência da USF. Assim, a realização das atividades gerenciais requer além do conhecimento científico, espírito de liderança, capacidade de boas relações, assim como uma boa comunicação e proatividade. Estas competências foram exercitadas na prática pela residente, possibilitando um entendimento e amadurecimento sobre o papel gerencial da enfermeira na Atenção Básica.

As atividades de Educação em Saúde foram realizadas com o intuito de orientar os usuários pertencentes ao grupo Hiperdia, abordando em conjunto com os profissionais do NASF medidas importantes para o controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Além disso, com a pandemia do COVID-19, precisou-se dar ênfase a educação da população quanto às medidas de prevenção

contra o coronavírus, como o uso correto das máscaras caseiras, demonstrando de maneira prática a confecção das mesmas com materiais de baixo custo. Outras orientações foram feitas, como a higienização das máscaras e dos demais objetos de uso pessoal como celular e chaves, desinfecção de superfícies nas residências e forma correta de lavagem das mãos. Estas ações colaboram para o autocuidado e segurança do usuário, colaborando para a redução da propagação do vírus na comunidade.

Através da Educação em Serviço, também foram realizadas capacitações com toda a equipe, orientando os mesmos quanto ao uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), higienização das mãos, colocação da máscara e os principais erros cometidos durante seu uso.

Os momentos de Educação em Serviço e Educação em Saúde foram de grande importância, pois se tornaram momento de reflexão e discussão sobre o atual cenário e a importância do nosso Sistema Único de Saúde e os desafios que o mesmo enfrenta diante o cenário atual. Outro ponto discutido, foi a vulnerabilidade e as condições de trabalho precárias dos profissionais de saúde diante deste contexto.

### **Considerações finais**

As contribuições aqui sistematizadas pontuaram a importância da inserção dos graduandos do curso de Enfermagem nos campos de prática que englobam a Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, explicitou a relevância da presença do Programa de Residência em Enfermagem com ênfase em Cardiologia nestes campos, realizando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e/ou agravos, proteção, atenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos e seu coletivo.

O fortalecimento da inserção da enfermagem no campo da APS e a atuação destes profissionais de acordo com o que é preconizado pela Portaria Nacional da Atenção Básica, possibilita um melhor

enfrentamento e resolução dos principais problemas e atendimento das necessidades de saúde da população. No entanto, para que isto aconteça na prática, é necessário a definição de políticas públicas orientadas pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, com o objetivo de fortalecer o nosso Sistema Único de Saúde. Assim como, é imprescindível uma maior valorização e melhores condições de trabalho aos profissionais de enfermagem em todos os seus âmbitos de atuação.

## Referências

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: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160p. Caderno de Atenção Básica, n. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128p. Caderno de Atenção Básica, n. 37.

DUTRA, C. D. *et al.* PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife; v. 10, supl. 3, p. 1523-34, abr., 2016.

FÉLIX, N. D. C. **Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica: base conceitual para a teoria de médio alcance do cuidado no contexto de risco cardiovascular**. Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega. 2019. 399 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011.

GALAVOTE, H. S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**; v. 20, n. 1, Jan-Mar 2016.

GIOVANELLA, Ligia; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 6-8, Sept. 2018 .

NEVES, V. N. S *et al.* Quatro pilares da educação para o século XXI na formação permanente do profissional da saúde. **Rev enferm UFPE on line**, Recife; v. 10, supl. 4, p. 3524-30, set., 2016.

PINTO, I. C. M. *et al.* Níveis de atenção, produção de serviços e cobertura do SUS. In: PAIM, J. S. (org.). **Sistema Único de Saúde: tudo que você precisa saber**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. 484 p.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 2, p. 255-276, June 2017.

SARNO, F; BITTENCOURT, C. A. G; OLIVEIRA, S. A. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de Atenção Primária à Saúde. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, eAO4483, 2020 .

VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de Atenção. In: PAIM, J. S. (org.). **Sistema Único de Saúde: tudo que você precisa saber**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

# Saúde da Família e papel do enfermeiro

*Rebeca Nascimento dos Santos*

*Sinara Vera*

*Karina Nhoque Barquilha*

*Marcus Fernando da Silva Praxedes*

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, abrangendo desde a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e a saúde do trabalhador. Portanto, garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população e tem como principal porta de entrada a Atenção Básica (AB), principalmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1996).

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (MENEGAZ & VILLAÇA, 2015).

Nesse sentido, a ESF é um dos principais contatos dos usuários com a AB, o centro de comunicação de toda Rede de Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade, conferindo a longitudinalidade do cuidado dentro do serviço (COUTINHO *et al.*, 2019).

O profissional enfermeiro se destaca nesse cenário de gestão da ESF, em que o mesmo está diretamente na atividade de geren-

ciamento, frente a situações diversas, cuja complexidade oscila entre as mais corriqueiras e as mais complexas. Tal profissional deve apresentar decisões que alcancem a qualidade do atendimento oferecido à comunidade (MENEGAZ; VILLAÇA, 2015).

O gerenciamento de ações e serviços da ESF está assegurado no processo formativo do enfermeiro pelo Conselho Federal de Enfermagem, pois incluem aspectos das atribuições à direção, chefia, planejamento, organização, coordenação e a avaliação dos serviços de enfermagem. Podendo ele atuar em qualquer esfera, em instituições públicas e privadas (BRASIL, 1996). Observa-se assim, que a gerência é importante dentro dos processos de trabalho em saúde, sendo o Enfermeiro um dos profissionais aptos para prestar essa função. Ressalta-se que mesmo com esse preparo, os enfermeiros enfrentam inúmeras dificuldades no exercício da gerência (DIAS & MONIZ, 2019).

Pode-se dizer, portanto, que o gerenciamento da assistência à saúde na ESF é uma demanda atual e crescente no contexto da saúde, por parte das atribuições desempenhadas pelo enfermeiro. Assim, justifica-se a realização de pesquisas que avaliem o processo gerencial desse profissional. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é identificar as produções científicas desenvolvidas sobre as dificuldades enfrentadas na gestão da ESF e o papel do enfermeiro nesse cenário.

## **Métodos**

O presente estudo de abordagem qualitativa foi realizado através de uma revisão integrativa de literatura. Esse método possibilita a identificação, obtenção e consulta às bibliografias já existentes que sejam úteis aos objetivos do estudo, retirando as informações necessárias, o que permite a compreensão e discussão sobre o tema abordado (SOUSA *et al.*, 2017).

Um protocolo específico foi desenhado pelos pesquisadores para estruturação da revisão integrativa, com a definição das

seguintes etapas: definição do tema e elaboração da questão de pesquisa, “Qual conhecimento científico produzido sobre as dificuldades na gestão da ESF e o papel gerencial desempenhado pelo enfermeiro?”; elaboração dos critérios de elegibilidade, inclusão e exclusão dos estudos; levantamento das publicações nas bases de dados; categorização e análise das informações encontradas nas publicações e avaliação descritiva dos estudos selecionados.

A busca de artigos foi realizada através da base de dados Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Foi utilizado o formulário avançado da base, sendo considerados os descritores do DeCS, “Enfermagem”, “Gestão em Saúde” e “Estratégia de Saúde da Família”. Todos foram associados entre si pelo operador booleano AND. A busca foi realizada no mês de abril 2020.

Para tanto, foram adotados como critérios de inclusão neste trabalho, a seleção de obras publicadas entre os anos de 2012 e 2019, no idioma português e artigos completos disponíveis integralmente, na base de dados pesquisada. Foram elencados como critérios de exclusão: publicações que não respeitassem a delimitação do tema e o objetivo do estudo, resumos, artigos de opinião ou reflexão, editoriais, documentos ministeriais, capítulos de livro, teses e dissertações.

Os estudos foram selecionados seguindo dois passos. Primeiramente, dois revisores treinados (R1 e R2) fizeram a leitura e avaliação independente dos títulos e resumos dos artigos identificados nas bases de dados eletrônicas. De acordo com os critérios de elegibilidade, selecionaram os artigos para leitura completa. Posteriormente, foi feita a leitura na íntegra e inclusão final dos artigos. Caso não houvesse consenso entre os revisores sobre a inclusão e seleção final dos estudos, seria considerada a opinião de um terceiro revisor (R3).

Para sistematização da extração dos dados foi utilizado um formulário específico contendo: título, periódico, autor, ano, país, tipo de publicação; desenho do estudo: tipo de estudo, objetivos, método de coleta e amostragem de dados, critérios de elegibili-

dade, uso de instrumentos; número de participantes; identificação de processo de auditoria e limitações dos estudos. As informações necessárias para embasamento das discussões foram identificadas, exploradas e sintetizadas de forma descritiva qualitativa.

## Resultados

A utilização do método revisão integrativa resultou em um quantitativo de 780 publicações na base de dados pesquisada. Em seguida, a leitura de títulos e resumos resguardados nos critérios de inclusão, resultou no total de 74 artigos a serem lidos na íntegra. Após a análise final das obras, permaneceu apenas o total de 13 artigos na seleção final.

Almejando sistematizar os dados destes artigos, foi empregado um instrumento de coleta para descrição dos estudos contendo: o título do artigo, os autores/ano, resultados e a conclusão e/ou recomendações de cada um (Quadro 1).

**Quadro 1.** Síntese dos principais dados referentes às publicações incluídas, 2020.

Título/Autor/ Ano do Artigo	Tipo de Estudo	Resultados	Recomendações / Conclusões
Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. OHIRA, RHF; JUNIOR, LC; NUNES, EFPA. 2014	Transversal	Ingresso no emprego, em 70,0% foi por meio de concurso público/teste seletivo. Sobre treinamento específico para desempenho da função gerencial, 71,1% não fizeram nenhum curso, somente 23,3% relataram ter feito curso de gestão, mas 37,7% já atuaram como gerentes.	Falta profissionalização, capacitação e institucionalização do cargo para o desempenho desta função.
O Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. FERNANDES JC, CORDEIRO BC. 2018	Transversal	Categorias identificadas: Dificuldades relacionadas às condições de trabalho, Dificuldades relacionadas à centralização das decisões e Dificuldades relacionadas à rede de atenção.	A gestão verticalizada e a falta de fluxos são as dificuldades preponderantes no processo gerencial, pois contribuem para diminuir a resolutividade da atenção básica e minar a integralidade do cuidado.

<p>Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. LAVRAS, C. 2011</p>	<p>Transversal</p>	<p>O fortalecimento da APS configura-se como a principal estratégia para organizadora das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e coordenadora do cuidado.</p>	<p>Para que a APS no SUS possa desempenhar esse papel com efetividade grandes medidas devem ser tomadas conjuntamente pelas três instâncias de gestão do SUS, visando seu fortalecimento.</p>
<p>A atuação dos enfermeiros como gestores em Unidades Básicas de Saúde. SILVA, FHC. 2012</p>	<p>Revisão de Literatura</p>	<p>Todo gerente precisa de informações atualizadas, confiáveis e completas para tomar decisões sobre as operações e o desempenho das ações da unidade sob sua responsabilidade.</p>	<p>Exposição da necessidade de capacitar os colaboradores, inclusive os gestores. É preciso à inserção de grupos educativos, além de incentivar mais pessoas a estudarem acerca do tema escolhido.</p>
<p>Gerenciamento das situações de violência no trabalho na Estratégia de Saúde da Família pelo enfermeiro.  DUARTE, SCM <i>et al.</i> 2020</p>	<p>Transversal</p>	<p>Emergiram três categorias temáticas: Situações de violência no trabalho na Estratégia de Saúde da Família; Consequências da violência no trabalho na Estratégia de Saúde da Família; Atuação do enfermeiro como líder da Equipe de Saúde da Família e as estratégias adotadas perante a violência no trabalho.</p>	<p>A atuação do enfermeiro como líder da equipe da Estratégia de Saúde da Família deve vislumbrar o gerenciamento das situações de violência no trabalho, muitas vezes negligenciadas.</p>
<p>Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. DINIZ, IA; CAVALCANTE, RB; OTONI, ALBA; MATA, LRF. 2015</p>	<p>Transversal</p>	<p>Os gestores reconhecem a importância do processo de enfermagem, embora sua implementação não seja prioridade no momento. Existe dificuldade conceitual e não compreensão de que a implementação da metodologia de assistência deva passar pela gestão municipal.</p>	<p>É preciso a participação ativa dos órgãos legisladores de enfermagem, gestão local de saúde e governo federal para que a implementação do processo de enfermagem e qualificação dos profissionais sejam viabilizados.</p>
<p>Práticas de Liderança do Enfermeiro na Atenção Básica À Saúde: uma teoria fundamentada nos dados. LANZONI, GMM; MEIRELLES, BHS; CUMMINGS, G. 2016</p>	<p>Metodológico</p>	<p>Descontinuidade da agenda proposta, tendo em vista que cada grupo gestor priorizava ações conforme sua linha de orientação, bem como era percebida a sobrecarga de trabalho, tanto para os enfermeiros em nível central, quanto para os que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde.</p>	<p>Necessidade de verificar as características e o impacto da liderança de enfermagem nos diversos serviços em outros países, visando à geração de um corpo de conhecimento mais amplo e que articule suas peculiaridades.</p>

Competências gerenciais do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: percepção de graduandos de enfermagem. DIAS, RM; MONIZ, MA. 2019	Transversal	O planejamento e a organização revelaram-se como as competências mais importantes para a prática gerencial do enfermeiro e o empreendedorismo como a competência menos importante.	Necessidade de ações pedagógicas interdisciplinares que visem um preparo maior do aluno para executar tais funções no cotidiano da vida no território.
Gestão em enfermagem de pessoal na Estratégia Saúde da Família. COUTINHO, AF; MEDEIROS, HA; ANDRADE, LD; RIBEIRO, LCS. 2019	Transversal	Informa-se que as atividades consideradas pelos entrevistados como parte da gestão de recursos humanos foram: a reunião em equipe; a delegação de atividades; o trabalho em equipe; o planejamento; a coordenação; a educação permanente e a supervisão.	Os enfermeiros demonstraram diversas fragilidades na gestão de recursos humanos na Atenção Primária à Saúde, o que ressalta a necessidade urgente de maior qualificação dos mesmos para as práticas gerenciais competências.
Educação nas Unidades de Atenção Básica: dificuldades e facilidades. PINTO, CJM; ASSIS, VG; PECCI, RN. 2019	Transversal	Os fatores que dificultam a educação sem erviço foram os problemas relacionados à gestão municipal, a reduzida equipe multiprofissional, estrutura física inadequada, recursos materiais insuficientes e usuários desinteressados.	O qualificado gerenciamento dos serviços de saúde irá garantir o sucesso das ações de educação em saúde.
Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. PENEDO, RM; GONÇALO, CS; QUELUZ, DP. 2019	Transversal	O gerente deve garantir espaços coletivos para que sejam feitos contratos e compromissos de trabalho na sua equipe, com viabilidade aceitável e respeitando o ponto de vista de cada um dos seus membros.	Antagonizando a gestão compartilhada, modelos centralizados nos profissionais de nível superior foram mencionados entre os participantes. Há predominância do modelo tradicional e vertical de gestão, com o uso de poder e autoritarismo.
Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. LIMA, FS <i>et al.</i> 2018	Transversal	Evidenciou-se que o enfermeiro, enquanto líder é visto como um exemplo a ser seguido, responsável por contribuir com a motivação da equipe.	Entre as estratégias foi exposto o trabalho em equipe, diálogo e escuta respeito interprofissional, as quais contribuem para fortalecer a liderança do enfermeiro neste modelo assistencial.
Prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. XAVIER-GOMES, LM <i>et al.</i> 2015	Transversal	A utilização do método fenomenológico para a pesquisa empírica, no entanto, apresenta limitações, uma vez que o acesso à experiência vivida pelos sujeitos de pesquisa é sempre mediado pelas referências teóricas do pesquisador.	Esclarecimento de fatores dificultadores, como questões relacionadas à insatisfação, vivenciadas na falta de reconhecimento do seu trabalho assistencial e gerencial.

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

## Discussão

Pela presente revisão de literatura foi possível constatar uma pequena quantidade de produções científicas nas bases de dados pesquisadas, embora a discussão do papel gerencial do enfermeiro na ESF seja relevante. Este profissional assume a responsabilidade não só assistencial, mas também gerencial, que são inerentes ao contexto da AB utilizando suas competências, habilidades e criatividade (COUTINHO *et al.*, 2019). É exigido que o profissional tenha uma postura que envolva valores e lógicas diferenciados, com a finalidade de refletir criticamente sobre os processos gerenciais do cuidado para a construção de uma realidade organizacional que esteja alinhada às práticas (XAVIER-GOMES, 2015).

Sendo assim, é reconhecida, por membros da equipe multiprofissional, a organização gerencial do enfermeiro na ESF como responsabilidade a atingir resultados esperados pelo sistema, o qual o enfermeiro gerente elabora e idealiza os projetos organizacionais do trabalho com o foco na produção de bens e serviços (LAVRAS, 2011). Correlaciona-se assim, a enfermagem ao perfil administrativo, de modo que realize com eficiência, efetividade e eficácia funções gerenciais dentro de unidades de saúde (MENEZES & VILLAÇA, 2015).

Entretanto, alguns estudos apontam que os enfermeiros demonstraram diversas fragilidades na gestão de recursos humanos na ESF (COUTINHO *et al.*, 2019), o que pode estar relacionado a falta de profissionalização, capacitação e institucionalização do cargo para o desempenho desta função (OHIRA; JUNIOR; NUNES, 2014). Tal fato ressalta a necessidade de uma maior qualificação desses profissionais para as práticas gerenciais.

Dias e Moniz (2019) chamam a atenção também para os cursos de graduação em enfermagem, em que fornecem um conhecimento limitado sobre as competências gerenciais, indispensáveis à prática qualificada e autônoma do enfermeiro gerente da ESF. Os profissionais saem da academia com dificuldade de integrar a teoria na prática (SILVA, 2012). Portanto, há a necessidade de ações

pedagógicas interdisciplinares que visem um preparo maior do aluno para executar tais funções no cotidiano da vida no território.

Outra dificuldade apontada pelos estudos é a gestão verticalizada e a falta de fluxos preponderantes no processo gerencial. Tal fato interfere negativamente na resolutividade da AB e na integralidade do cuidado (FERNANDES & CORDEIRO, 2018). Lavras (2011) ressalta que medidas devem ser tomadas conjuntamente pelas três instâncias de gestão do SUS, visando o fortalecimento e desempenho com efetividade desse processo.

Duarte *et al.*, (2020) identificou também a dificuldade relacionada às situações inerentes à violência interpessoal e a violência coletiva, exemplificadas pelo contato com a violência armada no território, discriminação racial, violência entre os pares e violência sofrida pelo usuário, como a violência doméstica. O gerenciamento de tal situação recai sobre o gestor da unidade de saúde e afeta diretamente toda a equipe. O enfermeiro em seu papel gerencial deve, portanto, assumir o papel de líder, a fim de estimular seus pares a enfrentarem a situação e apoiar estratégias de minimização de estresse no ambiente de trabalho.

Ademais, são apontadas outras dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros gestores da ESF. Cita-se a falta do apoio dado pela gestão municipal, bem como a fragilidade na compreensão das responsabilidades pertinentes aos membros da equipe e as dificuldades devido a problemas que surjam nas relações interpessoais (OHIRA; JUNIOR; NUNES, 2014). Outra questão diz respeito à insatisfação referente ao reconhecimento do trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros na ESF e por ter que deixar a parte gerencial em segundo plano devido ao acúmulo de atividades assistenciais (XAVIER-GOMES *et al.*, 2015).

Por fim, Penedo *et al.*, (2019) discutem que há predominância do modelo tradicional e vertical de gestão, com o uso de poder e autoritarismo no processo gerencial. Há uma centralização da gerência no enfermeiro, o que causa uma sobrecarga de trabalho a esse profissional e ao mesmo tempo limita a participação dos

outros membros da equipe. Há, portanto, a necessidade de uma gestão compartilhada, em que todos possam contribuir para o fortalecimento e melhoria do cuidado prestado. Tal atitude contribuirá sobremaneira para a diminuição das dificuldades enfrentadas na gestão da ESF e possibilitará que o enfermeiro compartilhe a gestão e desenvolva seu trabalho com mais tranquilidade e eficiência.

O estudo traz algumas limitações. Como somente uma base de dados foi utilizada, estudos relevantes podem ter ficado de fora da amostra. Ademais, os dados apresentados, de alguns estudos incluídos, se basearam em estudos de análise de documentos e entrevistas, em que pode ter ocorrido a perda de informações. Acredita-se que tais limitações não tenham comprometido, sobremaneira, as discussões apontadas.

### **Considerações finais**

Apesar dos esforços que os enfermeiros possam realizar no sentido de buscar gerir a ESF de forma eficiente, há muitas dificuldades apontadas nesse processo gerencial. Esses profissionais acumulam, sobremaneira, as atividades assistenciais juntamente com a gestão. Há uma deficiência na formação acadêmica e falta de apoio institucional, o que agrava ainda mais o desenvolvimento dessa atividade. Sendo assim, há a necessidade do enfermeiro gestor em repensar suas práticas, de modo que haja uma redefinição e compartilhamento de suas funções gerenciais, a fim de garantir um melhor ambiente de trabalho, menor sobrecarga de tarefas e conseqüentemente, maior qualidade na prestação da assistência.

Os resultados obtidos através dessa revisão mostram as dificuldades no processo gerencial da ESF e a importância da atuação dos enfermeiros nessa área. Percebeu-se também, o reduzido número de pesquisas na área. É fundamental que mais pesquisas sejam desenvolvidas a fim de subsidiar as discussões e aprimoramento da gestão dos serviços de saúde, em especial os de atenção básica.

## Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996.

COUTINHO, A.F; MEDEIROS, H.A; ANDRADE L.D.F; RIBEIRO, L.C.S. Gestão em enfermagem de pessoal na estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 13, n. 1, p.137-47, jan., 2019.

DIAS, R.M; MONIZ, M.A. Competências gerenciais do enfermeiro na estratégia saúde da família: percepção de graduandos de enfermagem. **Revista online de pesquisa cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1048-1052, jul. -set, 2019.

DINIZ, I.A; CAVALCANTE, R.B; OTONI, A; MATA, L.R.F. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.2, p.206-213, 2015.

DUARTE, S.C.M *et al*. Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, jan., 2020.

FERNANDES, J.C; CORDEIRO, B.C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 12, n. 1, p.194-202, jan., 2018.

FONTANELLA, B.J.B; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia Estudantil**, v.17, n.1, p.63-71, jan.-mar., 2012.

LANZONI, G.M.M; MEIRELLES, B.H.S; CUMMINGS G. Práticas de liderança do Enfermeiro na Atenção Básica à Saúde: Uma Teoria Fundamentada nos dados. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2016.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIMA, F.S *et al*. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.3893-3906, jan.-mar., 2016.

MENEGAZ, L.J; VILLAÇA, L.M.S. O enfermeiro na gestão da unidade básica de saúde - revisão da literatura. **Revista da Saúde da AJES**, v.1, n.1, 2015.

OHIRA, R.H.F; JUNIOR, L.C; NUNES, E.F.P.A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 393-400, 2014.

PENEDO, R.M; GONÇALO, C.S; QUELUS, D.P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), 2019.

PINTO, C.J.M; ASSIS, V.G; PECCI, R.N. Educação nas Unidades de Atenção Básica: Dificuldades e Facilidades. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 13, n.5, p.1429-36, mai., 2019.

SILVA, F.H.C. A Atuação dos Enfermeiros como Gestores em Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 67-82, jan.-jun. 2012.

SOUSA L.M.M *et al.* A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, p. 17-26, nov. 2017.

XAVIER-GOMES, L. M *et al.* Prática gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Trabalho Educacional em Saúde**, Rio de Janeiro, v.13 n.3, p.695-707, 2015.



# Dificuldades no atendimento à crise psíquica

*Alana dos Santos de Souza*

*Paula Hayasi Pinho*

*Helena Moraes Cortes*

## **Introdução**

A crise psíquica compreende as situações nas quais as pessoas vivenciam experiências conflituosas em seu contexto de vida, experiências que acabam por romper com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que as sustentam, como a rede social e familiar (WILLRICH *et al.*, 2011). A crise psíquica está incluída na atenção as urgências e/ou emergências, refere-se as tentativas de suicídios, surtos psicóticos, depressões, alterações do comportamento devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros (ALMEIDA *et al.*, 2015). A psiquiatria clássica compreende a crise como uma situação de descompensação psicopatológica, decorrente da doença mental já na lógica da atenção psicossocial é compreendida como uma situação de sofrimento psíquico intenso em resposta as condições vivenciadas no contexto social e familiar do sujeito (SOUZA; CORTES; PINHO, 2018; SOUZA *et al.*, 2019).

O modelo de atenção à saúde mental, que por muitos anos era restritamente hospitalocêntrico e manicomial, orienta-se para uma rede de atenção à saúde descentralizada, o cuidado em saúde mental passa a ser realizado em meio ao contexto de vida das pessoas (ZANARDO; LEITE; CARDONÁ, 2017). O SAMU constitui-se um dos componentes da RAPS com a função de realizar o atendimento à crise no território, ou seja, nos lugares de convívio do sujeito, com propósito de encaminhar o usuário até os outros pontos da rede (ALMEIDA *et al.*, 2015). Entretanto, estudos tem mostrado que há fragilidades dos profissionais da saúde em lidar com as situações de

crise psíquica, principalmente no SAMU (ALMEIDA *et al.*, 2015; SOUZA; CORTES; PINHO, 2018; SOUZA *et al.*, 2019; BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015). Ao sustentarem o medo e a ideia de periculosidade em torno do louco e da loucura, acabam por tornar o atendimento à crise psíquica um dos principais obstáculos para as equipes de saúde (WILLRICH *et al.*, 2011). Os profissionais da saúde que tem no fundamento da sua profissão, a responsabilidade de acolher e cuidar, considerando a singularidade do indivíduo e o entendimento do seu sofrimento, ocasionalmente demonstram reforçar o estigma e o preconceito que acompanha os usuários de saúde mental nos serviços de saúde (MAFTUM *et al.*, 2017).

Consideramos que a crise é um dos atendimentos mais complexos em saúde mental, devido à dificuldade que os profissionais têm em lidar com a subjetividade que o usuário em sofrimento psíquico possa apresentar. Assim, esta pesquisa torna-se relevante por discutir as dificuldades encontradas pela equipe de saúde durante o atendimento a crise, com a finalidade de incrementar a literatura sobre o tema em questão e melhorar qualidade da assistência prestada aos usuários de saúde mental.

Nesse contexto, esta pesquisa objetivou identificar os fatores que dificultam o atendimento à crise psíquica por um SAMU em município do recôncavo da Bahia. Buscou-se entender estes fatores pela seguinte questão norteadora: quais as dificuldades encontradas pelas equipes de um SAMU no atendimento à crise psíquica?

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) num município do Recôncavo da Bahia. O referido serviço era composto por 29 profissionais atuantes, entre os profissionais que aceitaram a participar da pesquisa foram entrevistados cinco médicos, três enfermeiros, setes técnicos de enferma-

gem, sete condutores socorristas. Sendo que sete profissionais não puderam ser entrevistados pois três não compareceram ao serviço no período da coleta de dados, dois estavam em férias, e houve recusa de dois profissionais em participar do estudo, dessa forma, participaram da pesquisa 22 profissionais. Participaram do estudo os trabalhadores do SAMU que prestavam diretamente assistência aos usuários no território, e que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Não foram entrevistados os profissionais que trabalham no setor administrativo. Para garantir o sigilo e o anonimato, os sujeitos foram identificados, pela ordem em que foram sendo entrevistados (ex.: M1, E2...), obedecendo a seguinte legenda: M (médicos), E (enfermeiros), C (condutores), TEC (técnicos de enfermagem), com o número que representa a ordem que foram entrevistados.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2018, mediante uma entrevista semiestruturada, individual, a qual foi gravada em áudio por uma das autoras do estudo e, em seguida transcrita na íntegra. Os dados obtidos foram analisados a partir da leitura das transcrições feitas nos depoimentos e, posteriormente foi realizado o agrupamento por categoria, e comparados com a literatura científica. Os dados foram analisados pela técnica de análise temática conteúdo segundo Bardin (2016).

A análise de conteúdo temática deve ter como ponto de partida uma organização. As diferentes fases da análise de conteúdo temática organizam-se em torno de três polos cronológicos: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material, 3) o tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação (BARDIN, 2016). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia sob CAAE: 82569818.9.0000.0056, sendo respeitados todos os princípios éticos e legais em todas as etapas da pesquisa, de acordo com a resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Os dados que emergiram das entrevistas acerca dos fatores que dificultam e/ou facilitam atendimento a crise psíquica por um SAMU foram expressos na categoria empírica: atendimento às crises psíquicas: dificuldades dos profissionais do SAMU.

### Atendimento às crises psíquicas

Ao relatarem as dificuldades encontradas durante o atendimento às crises psíquicas, os sujeitos deste estudo apontaram vários fatores que contribuem para dificultar o atendimento. Dentre os fatores citados, destacam-se: dificuldade de encaminhamentos do usuário para outros serviços da RAPS, baixo quantitativo de profissionais do SAMU para atender na crise, necessidade de maior tempo para atuação, a dependência da polícia militar e a falta de capacitação associada às dificuldades intra-equipe.

### Dificuldade de encaminhamentos

Os discursos dos profissionais entrevistados revelaram que há dificuldade de acessos aos serviços substitutivos na rede para os usuários de saúde mental atendidos pelo SAMU, tendo em vista, a falta de capacitação e, a rejeição e resistência das equipes do hospital geral de referência, para prestar o atendimento. A seguir, alguns trechos dos discursos dos participantes expressam despreparo, resistência e rejeição do hospital geral para prestar atendimento ao sujeito em crise:

Os pacientes em surtos é a 'maior guerra' dentro do hospital geral, eles não querem receber... Às vezes querem receber e eles fazerem a medicação e, o SAMU remover... Remover para onde? Normalmente, a gente explica que esse paciente tem o direito de estar ali [hospital geral], ele tem que ser acompanhado, o hospital tem que dispor de leitos para ele (TEC 4).

[...] então a dificuldade é para onde levar essa vítima de surto psicótico, se o hospital geral não aceita, por ser um surto psicótico e não ter atendimento especializado, então nós temos essa dificuldade [...] (TEC2).

No contexto da dificuldade de referenciar o usuário para outro serviço da RAPS, após os atendimentos, os profissionais apontam os serviços de base territorial como não resolutivos no atendimento a crise. Observa-se, de uma forma geral, que há concepções negativas em relação ao CAPS:

Temos o CAPS, mas o CAPS acaba funcionando só em períodos, em horários comerciais, e que também as vezes deixa um pouco a desejar o paciente surtado (M4).

[...] chegando no local, em casos você vai ter que usar contenção física para remover essa vítima, essa vítima é removida, aí ficamos para onde levar?! Até 17 horas da tarde temos um CAPS a disposição que na maioria das vezes, não tem médico plantonista né, aí o pessoal fica com receio de medicar mesmo tendo a ficha do doente, com as medicações de uso contínuo, então o pessoal não medica, é encaminhado para o hospital [...] (TEC2).

Os profissionais apontam a necessidade de se ter uma ação conjunta maior com o CAPS no atendimento à crise:

*A ação conjunta que nós temos é com a polícia militar e, deveria ter também do CAPS (TEC 6).*

### Baixo quantitativo de profissionais

O baixo quantitativo de profissionais foi citado por parte da equipe do SAMU, como um dos fatores que dificultam atender na crise. A maioria dos atendimentos são realizados pela Unidade de Suporte Básico de Vida (USB), a qual dispõe apenas de condutor e técnico de enfermagem. Isso contribui para dificultar o manejo do usuário de saúde mental, em virtude disso, os profissionais acabam por pedir o apoio da ambulância de suporte avançado, ou da PM e/ou dos guardas civis do município, para conseguir realizar o atendimento. Tal realidade pode ser compreendida a partir das seguintes falas:

[...] uma das dificuldades também com o paciente psiquiátrico... também é assim, para nós contermos o paciente psiquiátrico precisamos de cinco pessoas, que é o correto, cinco pessoas para conter o paciente com a presença do médico, só que nós aqui, infelizmente, não temos condição de toda ocorrên-

cia de um paciente psiquiátrico ter a presença do médico e o suporte avançado [...] (C3).

[...] todo surto psicótico devemos ir com uma equipe com o mínimo com quatro pessoas, e nós vamos com a básica, com duas pessoas, então lógico que a gente precisa de apoio nessa cena, aí pedimos apoio a guarda municipal, pedimos apoio a polícia [...] (TEC 2).

### Atuação na crise

O maior tempo para atuação no atendimento às crises é apontado como uma das dificuldades, devido ao protocolo do serviço ser direcionado às intervenções rápidas.

São ocorrências demoradas, que é paciente que você tem que ganhar a confiança deles, isso não deixa de ser uma dificuldade, por que nós temos que fazer o nosso atendimento.... Fazer a conclusão para que já fique liberado para outra ocorrência. Não é que a gente vai fazer com pressa, mas a gente vai fazer em cima da necessidade, então são pacientes que a gente nunca sabe o que vai acontecer (C3).

Para os profissionais do SAMU, conforme o protocolo de atendimento, o serviço precisa agir com intervenções rápidas, evidenciando-se pela fala:

A gente por ser um atendimento pré-hospitalar e devido ao volume, às vezes, de ocorrências, a gente tenta ser o mais objetivo e direto possível, logo, chegando na cena tenta-se fazer um diagnóstico rápido, se aquele surto é passível de conversa ou, se a gente sabe que a conversa não vai progredir ou, se progredir vai demorar tempo, a gente acaba optando por contenção física e uma boa parcela até por contenção química (M4).

### Dependência da polícia militar

Os profissionais do SAMU evidenciam dependência da PM e da contribuição do familiar do usuário para realizar a contenção física. Muitas vezes, a PM nega-se a realizar a contenção física ou ainda, não tem disponibilidade e nem preparo técnico para tal.

Quando a gente pede o suporte da polícia, que a equipe é treinada para surto, já tem um treinamento então isso já facilita, quando não, que eles não

têm como nem abordar também dificulta para a gente, para estar auxiliando (TEC7).

A ajuda dos familiares é a maior dificuldade ou quando o paciente está muito agressivo, eu dependo também do suporte da polícia militar (M5).

Às vezes a gente sente dificuldade, algumas vezes até do apoio da polícia, não é que a polícia não queira ir, às vezes estão em outras atividades e não tem disponibilidade (C3).

### Falta de capacitação

Outro fator que também dificulta no atendimento à crise é a dificuldade relacional intra-equipe, associada à falta de educação permanente em saúde mental.

A maior dificuldade acho que é lidar com a equipe treinada, ou o apoio principalmente de outros profissionais que a gente não tem. Aquele jogo de empurra, você assume, essa aqui é a parte sua (TEC7).

### Discussão

Foram apresentadas as dificuldades dos profissionais do SAMU, no atendimento às crises psíquicas, sendo que a principal dificuldade apontada foi o encaminhamento dos usuários em crise para outros pontos da RAPS no território. A dificuldade de encaminhamento dos usuários em crise para hospital geral pode estar associada com o estigma e o preconceito no que tange historicamente a saúde mental, contribuindo para dificultar o acesso a estas pessoas aos serviços de saúde. O hospital geral compõe a RAPS por meio da implantação e qualificação dos leitos psiquiátricos. Tendo importância fundamental com a articulação dos serviços de atenção às emergências psiquiátricas, como por exemplo, o SAMU, e os CAPS's quando estes disponibilizam os leitos de atenção integral (PAES *et al.*, 2013). É responsável em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento e classificação de risco e, o cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, através dos leitos de saúde mental (BRASIL, 2011).

É observado nas falas do sujeito deste estudo que, o CAPS muitas das vezes não aceita atender o usuário em crise devido à ausência do médico, e por isso não pode realizar a continuidade do cuidado a crise, que seria o tratamento medicamentoso. Nesse contexto, observa-se que o foco da assistência ao usuário com transtornos mentais em crise, tanto pelos profissionais do SAMU, quanto pelo CAPS do município, tem como foco da assistência centrado no profissional médico e na intervenção medicamentosa. Cabe dizer que não se trata de minimizar a importância da figura médica, mas tais concepções acabam por fazer com que as demais categorias profissionais não atentem para as outras necessidades dos usuários que estão para além do cuidado medicamentoso em si.

É importante investir noutras medidas terapêuticas, que possam incluir a enfermagem no processo de cuidado a pessoa com transtornos mentais. A avaliação dos riscos e as vulnerabilidades apresentadas pelo usuário, a disponibilidade de escuta, a orientação, o cuidado e resolução dos problemas podem ser feitos por todos os membros das equipes de saúde (BARDIN, 2016). Observa-se a necessidade de uma ação conjunta do SAMU com o CAPS. Sugere-se que uma estratégia fundamental para a consolidação da RAPS no município seria que estes serviços estivessem bem articulados, na perspectiva de uma rede aquecida. O modo como os serviços de saúde estão articulados dentro da rede podem garantir ou não a integralidade do cuidado (DEMARCO; JARDIM; KANTORSKI, 2016). Os CAPS's são implantados por meio dos municípios através do critério estabelecido pelo ministério da saúde, do quantitativo populacional como prevê a portaria da RAPS. No município estudado, apenas dispõe de CAPS do tipo II, acompanhado de ambulatório de saúde mental e, CAPS AD; estas modalidades de CAPS funcionam apenas no período diurno para atender pessoas adultas (BRASIL, 2011).

Entendemos que, embora a legislação preveja o não funcionamento dos CAPS do tipo I e II nas 24 horas do dia, estes serviços precisariam ter um desempenho de forma integral para dar conta dos atendimentos de saúde mental, independentemente no porte

do município, noutras palavras, que o CAPS, de fato seja um serviço de portas abertas. A rede de saúde precisa atuar na perspectiva de contemplar as necessidades integrais de seus usuários, e não de forma preestabelecida na qual o usuário tem que se adequar aos funcionamentos da rede (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Quando o ponto da RAPS não tem condições de disponibilizar os cuidados necessários ao usuário em crise e a sua família, o direcionamento ao serviço mais adequado da rede deve ser feito. Porém antes do encaminhamento, mesmo que o serviço não dê conta das necessidades de saúde mental do sujeito de forma integral, este ponto da rede deve ser capaz minimamente de fazer o acolhimento e a escuta, e as equipes precisam encaminhar o usuário de forma responsável, com o relatório por escrito, sempre que possível, ou por meio de um contato via telefone com o serviço que irá recebê-lo (LOBOSQUE, 2015).

Na sequência, os outros fatores que dificultam o atendimento à crise, foram citados pelos profissionais do SAMU, como o baixo quantitativo de profissionais, em decorrência de que a maioria dos atendimentos, são feitos pela ambulância de suporte básico de vida, que é composta apenas pelo condutor e pelo técnico de enfermagem. Os profissionais citam que o baixo quantitativo de profissionais pela unidade de suporte básico de vida, dificulta realizar a contenção física do usuário, e justificam como motivo para o acionamento da PM, e/ou dos guarda civis. Entendemos que, se há necessidade de mais pessoas durante os atendimentos, os profissionais podem recorrer a outras pessoas mais próximas ao usuário, ou até mesmo dos serviços de saúde que este está vinculado como o CAPS, a UBS, entre outros na sua rede, e esta seria uma oportunidade do SAMU ter uma ação conjunta com o CAPS, nos atendimentos a crise, já que os profissionais citaram que sentem essa necessidade.

A necessidade de maior tempo para atuação nas situações de crise, também é evidenciada como uma das dificuldades pelos profissionais do SAMU, devido ao serviço ter que funcionar de

maneira mais rápida possível. Estes achados corroboram com outro estudo (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011), o tempo limitado do SAMU contribui para a dificuldade de desenvolver um plano de cuidados longitudinal aos usuários em situação de crise. A situação de urgência é inesperada, e o fato de o sujeito ser um usuário com transtorno mental não deve diferenciá-lo de um paciente com trauma, por exemplo, e a abordagem deve ser pautada na demanda particular de cada usuário (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

O SAMU por ser um serviço de atendimento que, precisa intervir rápido e com pontualidade, acaba por não atender à subjetividade que os usuários apresentam, devido as suas ações estarem direcionadas as estratégias preestabelecidas, sistematizadas, protocoladas, dificultando ações com caráter mais subjetivo (ALMEIDA *et al.*, 2015). Nesse contexto, entendemos que para atender as situações de crise psíquica, é necessário tempo, paciência, diálogo, empatia para a formação de vínculo, o que estabelece maiores demandas para os serviços de emergência, como o SAMU, pois tais serviços são norteados pela agilidade da assistência.

Outra questão importante que dificulta atender na crise é a falta de capacitação dos profissionais. A portaria 2048/GM do ministério da saúde (BRASIL, 2002) dispõe sobre o treinamento das equipes do SAMU para lidar com as urgências psiquiátricas. Na equipe do suporte básico de vida, o técnico de enfermagem deverá receber duas horas teóricas e quatro horas de práticas, e o condutor socorrista deverá receber um treinamento de quatro horas teóricas, sem nenhum treinamento prático para atuar nos atendimentos de ocorrências psiquiátricas. Já na equipe que compõem o suporte avançado de vida, o médico e o enfermeiro devem receber duas horas teóricas e duas horas práticas cada (BRASIL, 2002). Compreende-se que esse treinamento é insuficiente diante da complexidade que o usuário de saúde mental apresenta nos momentos de crise.

É importante a educação continuada como forma de mudar o cenário de atendimento à crise psíquica, ampliando os saberes e o modo de atuação dos profissionais de saúde, a partir da intro-

dução de discussões de conteúdo, como acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico e de interação com a sua subjetividade do mesmo (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015).

Ter sempre a presença da PM, na maioria dos atendimentos do usuário de saúde mental em situações de crise, é persistir na defesa conceitual e prática de que todo sujeito em crise é potencialmente perigoso (SANTOS *et al.*, 2014). Isso reflete uma falta de preparo dos profissionais para prestar esse tipo de atendimento, e pode criar uma relação de dependência com a polícia militar (SANTOS *et al.*, 2014). Quando a polícia se recusa a ir às ocorrências de crise psíquica, ou não tem disponibilidade para tal, torna-se uma dificuldade para os profissionais do SAMU, o que pode contribuir para omissão destes atendimentos.

### **Considerações finais**

Os resultados evidenciaram que a principal dificuldade enfrentada pelos profissionais do SAMU frente às situações de crise psíquica, em um município do recôncavo da Bahia, é o encaminhamento do usuário para outros serviços da RAPS. Urge a necessidade de educação permanente em saúde mental tanto pelos profissionais do SAMU, quanto para os profissionais que atuam na RAPS do território estudado. Ressaltamos como forma de sobrepor o tratamento centrado na medicalização, a adoção das tecnologias leves em saúde pelos serviços da RAPS, como as ações de acolhimento, a escuta sensível, o diálogo, sendo o que permite aos profissionais, a criação de vínculo com o usuário, e dessa forma possibilitando um cuidado plural e diversificado.

Diante do baixo quantitativo dos profissionais do SAMU tem-se consequência o acionamento da polícia militar e dos guardas civis do município, pois é frequente ao atender um usuário em crise, o SAMU utiliza como estratégia de atendimento ações de contenção física. Nesta conjuntura, ressaltamos que tal dificuldade pode ser superada com a ação conjunta dos profissionais do CAPS, e com

pessoas que o usuário tenha vínculo, assim poderia ser possível a articulação dos serviços de saúde mental, fortalecendo o trabalho em rede, que apresentou ser fragmentada no território estudado.

Outra dificuldade é a necessidade de maior tempo para atuação na crise, embora, o SAMU seja um serviço de intervenção rápida, e compreenda-se que isto pode limitar o trabalho da subjetividade do usuário, este serviço configura-se como um dos componentes da RAPS, e deve ter seu modo de atuação pautado no que ela preconiza.

A falta de capacitação contribui para dificultar o atendimento, diante disso observa-se que os profissionais acabam se tornando dependentes do apoio da PM, o que também é uma dificuldade destacada. A PM não tem como função na sociedade atender o usuário de saúde mental em crise, mas acaba sendo acionada em razão do despreparo dos profissionais de saúde ao lidar com esse tipo de atendimento. Também isso pode estar relacionado com visão de periculosidade e o estigma que tange a doença mental, pois a PM representa segurança para a equipe, e na compreensão de muitos profissionais, a polícia possui habilidade para contenção física. Portanto, novamente justifica-se a necessidade de educação permanente para equipes do SAMU, como forma de melhorar a assistência em saúde mental.

## Referências

Almeida, A. B.; Nascimento, E. R. P.; Rodrigues J.; Zeferino M. T.; Souza A. I. J.; Hermida P. M. V. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. **Texto & contexto enferm.** v. 24, n. 4, p. 1035-43, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000401035&script=sci\\_arttext&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000401035&script=sci_arttext&tIng=pt). Acesso em: 01 jun. 2020. Bardin, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2016.

Brasil. Portaria nº 2048/GM, 05 de novembro de 2002. Dispões sobre a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência e Emergência. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2002.

Brasil. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2011.

Brito, A. A. C.; Bonfada D.; Guimarães, J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis**. v. 27, n. 1, p. 1035-43, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n4/1293-1312/>. Acesso em: 03 jun. 2020.

Demarco, D. A.; Jardim, V. M. R.; Kantorski, L. P. Cuidado em saúde às pessoas com transtorno mental na rede de atenção psicossocial. **Rev Fund Care Online**, v. 3, n. 8, p. 4821-4825, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5618276>. Acesso em: 02 jun. 2020.

Lobosque, A. M. Preparação para o cuidado/manejo das pessoas em situações de crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino, M. T.; Rodrigues, J.; Assis, J. T. (org). **Crise e Urgência em Saúde Mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial**. 4ª ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.

Maftum, M. A.; Pagliace A. G. S.; Borba, L. O.; Brusamarello, T.; Czarnobay, J. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 2, p. 309-314, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/viewFile/3626/pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

Paes, M. R.; Silva, T. L.; Chaves, M. M. N.; Maftum, M. A. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Cienc. Cuid e Saude**, v. 12, n. 2, p. 407-412, 2013. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14207>. Acesso em: 02 mar. 2020.

Quinderé, P. H. D.; Jorge, M. S. B.; Franco, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis**, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2014.v24n1/253-271/>. Acesso em: 01 mar. 2020.

Santos, A. C. T.; Nascimento, Y. C. M.; Lucena, T. S.; Rodrigues, P. M. S.; Brêda, M. Z.; Santos, G. F. Serviço de atendimento móvel de urgência às urgências e emergências psiquiátricas. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 8, n. 6, p. 1586-96, 2014 Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9849>. Acesso em: 01 mar. 2020. DOI: 10.5205/1981-8963-v8i6a9849p1586-1596-2014

Santos, M. S.; Coimbra, V. C. C.; Ribeiro, J. P. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 5, n. 9, p. 2197-205, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7001>. Acesso em: 08 mar. 2020. DOI: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0509201117

Souza, A. S.; Cortes, H. M.; Pinho, P. H. Serviços de atendimento móvel de urgência frente às emergências psiquiátricas: uma revisão narrativa. **Rev. port. enferm. saúde mental**, v. 20, p. 72-80, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602018000300010](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000300010). Acesso em: 08 mar. 2020.

Souza, A. S.; Pinho, P. H.; Vera, S.; Cortes, H. M. Estratégias de atendimento à crise psíquica por um serviço de atendimento móvel de urgência. **J. nurs. Health**, v. 9, n. 1, p. 199-109, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/15019>. DOI:10.15210/jonah.v9i1.15019

Willrich, J. Q.; Kantorski, L. P.; Chiavagatti, F. G.; Cortes, J. M.; Pinheiro, W. S. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2011.v21n1/47-64/>.

Zanardo, G. L. P.; Leite, L.S.; Cadoná, E. **Política de saúde mental no Brasil**: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. *Cader-nos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 9, n. 24, p. 01-21, 2017. Disponível em: <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4983>. Acesso em: 02 mar. 2020.

# Auditoria e gestão da saúde pública

*Vanessa Rodrigues Nunes da Silva  
Marcus Fernando da Silva Praxedes*

## **Introdução**

A auditoria é um instrumento de qualificação da gestão, essencial e indispensável para o processo de estruturação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de averiguar se são executadas ou funcionam em conformidade com determinados objetivos, orçamentos, regras e normas (BRASIL, 2017).

O processo de auditoria na área da saúde surgiu da necessidade de uma avaliação dos planos e orçamentos junto à incorporação de uma rotina para o serviço de auditoria para que se pudesse fazer uma análise e monitorar os investimentos destinados ao setor público. A auditoria é uma ferramenta importante para avaliar a qualidade dos programas e controle efetivo sobre as receitas e despesas, colaborando para a realização das análises econômicas na saúde (GALDINO, 2016).

A finalidade da auditoria é cooperar com a gestão para a qualidade da assistência do cliente, em benefício da garantia do direito à saúde e à vida, determinados na Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 2017). Assim, o relatório de auditoria configura-se em uma ferramenta relevante, um produto que se apresenta de forma construtiva, de alta confiabilidade e segurança pública, reconhecidamente fundamental na tomada de decisões (AZEVEDO; GONÇALVES; SANTOS, 2018).

Desse modo, é importante conhecer o processo de auditoria para nortear a melhoria da qualidade das ações e gestão do SUS, na medida em que essa ferramenta levanta as principais não conformidades e estabelece critérios para que o gestor verifique

eventuais problemas e falhas que prejudiquem a prestação dos serviços de saúde, para que posteriormente possam ser corrigidas (GALDINO, 2016). Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar as produções científicas desenvolvidas sobre a importância da auditoria em serviços de saúde para a melhoria da gestão e qualidade da assistência à saúde.

## **Métodos**

O presente estudo de abordagem qualitativa foi realizado através de uma revisão integrativa de literatura. Esse método possibilita a identificação, obtenção e consulta às bibliografias já existentes que sejam úteis aos objetivos do estudo, retirando as informações necessárias, o que permite a compreensão e discussão sobre o tema abordado (SOUSA, 2017; SILVA; LIMA; SOUSA, 2016).

A busca de artigos foi realizada através das bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Scielo e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foi utilizado o formulário avançado das bases, sendo considerados os descritores do DeCS: "auditoria clínica", "gestão em saúde" e "qualidade da assistência à saúde" e. Para as demais bases foram considerados os termos indexados no MeshDatabase "clinical audit", "health management" e "quality of health care". Todos foram associados entre si pelo operador booleano AND. A busca foi realizada no mês de março de 2020.

Para tanto, foram adotados como critérios de inclusão neste trabalho, a seleção de obras publicadas entre os anos de 2015 e 2019, no idioma português e artigos completos disponíveis integralmente, nas bases de dados pesquisadas. Foram elencados como critérios de exclusão: publicações que não respeitassem a delimitação do tema e o objetivo do estudo, resumos, artigos de opinião ou reflexão, editoriais, documentos ministeriais, capítulos de livro, teses e dissertações. O processo de seleção foi conduzido por dois revisores independentes. As informações necessárias para

embasamento das discussões foram identificadas, exploradas e sintetizadas de forma descritiva qualitativa.

## Resultados

A utilização do método revisão integrativa resultou em um quantitativo de 23 publicações na base de dados BVS, 14 publicações na base de dados LILACS e 02 publicações na base de dados Scielo. Posteriormente, foram excluídas as obras repetidas dentro da própria base de dados, bem como as repetidas nas demais bases. Em seguida, a leitura de títulos e resumos resguardados nos critérios de inclusão, resultou no total de 10 artigos a serem lidos na íntegra. Após a análise final das obras, permaneceram apenas o total de 07 artigos na seleção final.

Almejando sistematizar os dados destes artigos, foi empregado um instrumento de coleta denominado de quadro sinóptico, adaptado de Santos e Eslabão (2019), apreciando: autor, título, ano de publicação, periódico e base de dados, país, tipo de estudo, objetivos, e os principais resultados referentes à questão da auditoria em saúde (Quadro 1).

**Quadro 1.** Quadro sinóptico, apresentando a síntese dos principais dados referentes às publicações incluídas, 2020.

AUTOR / TÍTULO / ANO PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Validação de Instrumento de Auditoria do Sistema Único de Saúde. Liberatti VM et al. 2019	Acta Paulista de Enfermagem / SCIELO	Brasil	Pesquisa Metodológica	Analisar a validade e a confiabilidade de um instrumento utilizado em auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS).	A adaptação e validação do instrumento poderá servir de subsídios para gestores nos processos de avaliação de contratos e de prestação de serviços, bem como de formuladores de políticas públicas.

<p>Práticas de auditoria no sistema único de saúde: uma revisão integrativa. Santos EO; Eslabão AD. 2019</p>	<p>Revista Online de Pesquisa (UNIRIO)/ LILACS</p>	<p>Brasil</p>	<p>Revisão Integrativa de Literatura</p>	<p>Analisar as práticas de auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS).</p>	<p>Avanços políticos e nas instituições com relação as práticas de auditoria no SUS. Desafios: como a necessidade de qualificar as ferramentas do Departamento Nacional de Auditoria do SUS e melhorar a comunicação entre o componente, estadual, municipal e federal de auditoria.</p>
<p>Auditoria em saúde e economia da saúde: análise de um estudo de caso. Quevedo ALA; Leal RM. 2019</p>	<p>Cadernos Libero-Americanos de Direito Sanitário / LILACS</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudo de Caso</p>	<p>Analisar os resultados da auditoria em saúde na área de órteses e próteses e materiais especiais</p>	<p>As ações em saúde, nessa área, podem ser qualificadas por meio de atenção especial para as regiões de saúde e instituições hospitalares que mais reincidem e tem grandes volumes financeiros glosados.</p>
<p>Auditoria da qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários em um hospital universitário.  Silva VA et al. 2019</p>	<p>Enfermagem em Foco / LILACS</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Analisar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários.</p>	<p>A qualidade dos registros de enfermagem atende parcialmente às recomendações do Conselho Federal de Enfermagem. Os resultados sugerem necessidade de constante atuação dos programas educacionais para o fortalecimento de ações que visem a excelência dos registros de enfermagem.</p>

<p>Registros de Enfermagem e os Desafios de Sua Execução na Prática Assistencial. Barreto JJS <i>et al.</i> 2019</p>	<p>REME • Revista Mineira de Enfermagem / LILACS</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Compreender a percepção do enfermeiro sobre a relevância dos registros de Enfermagem</p>	<p>Observou-se que a Enfermagem se preocupa com o fazer, em detrimento aos registros sistemáticos de sua assistência. Destaca-se a necessidade de uma educação continuada no que concerne aos aspectos técnicos, éticos e legais dos registros de Enfermagem.</p>
<p>Compilação técnico-científica acerca da auditoria e gestão de qualidade: revisão integrativa. Maia ABB <i>et al.</i> 2017</p>	<p>Revista de Enfermagem UFPE <i>on line</i>, / BVS</p>	<p>Brasil</p>	<p>Revisão Integrativa de Literatura</p>	<p>Analisar, a partir da literatura, a relação da auditoria com a gestão de qualidade nos serviços de saúde.</p>	<p>Os resultados mostraram que qualidade em saúde está diretamente relacionada com auditoria, que tem por competência registrar, adequar, analisar e controlar, atendendo às exigências dos pacientes.</p>
<p>Implantação da Auditoria Concorrente de Enfermagem: um Relato de Experiência. Viana DC <i>et al.</i> 2016</p>	<p>Texto Contexto Enfermagem / SCIELO</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Descrever a experiência de enfermeiras acerca da implantação da auditoria concorrente de enfermagem em ambiente hospitalar.</p>	<p>Os resultados apontam a viabilidade de se adotar este modelo e benefícios, principalmente no que tange a diminuição do tempo para envio da fatura aos convênios médicos, maior interação entre as auditoras e equipes assistenciais, criação de indicadores, e contribuições para a melhoria da qualidade.</p>

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2019).

## Discussão

Pela presente revisão de literatura foi possível constatar uma pequena quantidade de produções científicas nas bases de dados pesquisadas, embora a auditoria tenha abrangido um espaço crescente nos serviços de saúde. Sua importância se destaca pela capacidade de verificar a qualidade da assistência proporcionada aos pacientes, contribuindo para sua constante melhoria. Além disso, é utilizada na avaliação dos programas, processos de trabalho ou serviços de saúde e na análise das contas hospitalares (VIANA *et al.*, 2016).

Os artigos selecionados evidenciaram que a auditoria nos serviços de saúde compõe uma importante ferramenta na gestão e melhoria contínua dos processos, evidenciando-se como um norteador dos pontos que precisam ser observados em auditoria, de modo que não seja um restritor do processo. Segundo Liberatti *et al.*, (2019), as intervenções sugeridas pelo auditor tendem a gerar melhorias nos resultados, na qualidade da assistência ofertada e, conseqüentemente, na qualificação da gestão.

Contudo, estudos mostram pontos importantes que merecem destaque para discussão. Cita-se a falta de profissionais qualificados para atuar na gestão e a incompletude nos prontuários dos pacientes (SILVA *et al.*, 2019; BARRETO *et al.*, 2019). Soma-se a necessidade de uma eficiente articulação entre os componentes Nacional, Estadual e Municipal e as dificuldades no cotidiano da prática dos auditores, sem esquecer, entretanto, da imprescindibilidade de educação permanente das equipes de saúde (SANTOS; ESLABÃO, 2019).

A incompletude dos registros dos cuidados em saúde é comumente identificada pela auditoria em saúde. Tal fato é preocupante, visto que o pagamento de procedimentos, materiais e medicamentos é vinculado aos registros realizados (SILVA *et al.*, 2019; BARRETO *et al.*, 2019). Nesse sentido, Quevedo e Leal (2019) salientam a importância dos registros para eficiência do planeja-

mento, monitoramento e avaliação que visem qualificar o processo de gestão, e, com isso, problematizar sobre a execução dessa atividade como uma forma de otimização dos gastos públicos em saúde por parte do Estado.

Viana *et al.*, (2016), discorrem que a incompletude nas anotações e falhas no registro dos cuidados indicam uma comunicação ineficaz entre os profissionais podendo acarretar prejuízos ao paciente no decorrer do tratamento. Barreto *et al.*, (2019), afirmam que os registros “além de acompanhar a evolução do paciente, também instituem um documento legal”. Estes se configuram como uma das principais formas de comunicação multiprofissional, nos quais as informações são fornecidas para toda a equipe, apontando que as necessidades do paciente sejam observadas, compreendidas e atendidas.

A qualidade na prestação de cuidados de saúde deve ser um desígnio civilizacional (LAPÃO, 2016). O correto preenchimento dos registros dos dados para alimentação do sistema de informação não pode ser entendido como um mero cumprimento burocrático, mas sim como uma maneira de assegurar a fidedignidade, permitindo aos gestores e equipes de saúde um eficiente planejamento e avaliação das ações de saúde, garantindo a qualidade do serviço prestado ao paciente (SANTOS; ESLABÃO, 2019).

Ao ser tido como um pilar para o respaldo legal e jurídico de toda a assistência proporcionada ao paciente, um prontuário adequado também promove a avaliação dos cuidados registrados que, conseqüentemente, irão refletir a qualidade dessa assistência (BARRETO, 2019). Assim, a implantação da auditoria é capaz de instrumentalizar a equipe e reforçar a importância do auditor nesse processo por meio de ações e orientações, além da confecção de instrumentos que beneficiam o planejamento assistencial (VIANA *et al.*, 2016).

Outro ponto apontado nos estudos de Santos e Eslabão (2019), e anteriormente exposto por Pinafo, Carvalho e Nunes (2016), foi a questão da articulação entre os entes federativos, ou seja, a arti-

culação entre os componentes Nacional, Estadual, Municipal e pelo Distrito Federal. O processo de descentralização do SUS acarretou avanços significativos no Sistema Nacional de Auditoria, no qual foi instituído um arcabouço jurídico organizacional determinando que as ações de auditoria necessitam ser descentralizadas e efetivadas pelos três componentes de forma integrada, sem que haja prejuízo da autonomia em nenhuma esfera.

No entanto, ainda segundo os requisitos necessários para que a descentralização consinta a garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde e da atenção integral conforme as necessidades e demandas da população não estão asseguradas, exibindo resultados contraditórios no território nacional (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

Outra questão que merece destaque e é pouco abordada no cotidiano da prática dos auditores, mas que foi trazida por Santos e Eslabão (2019), e ratificada por Morais *et al.*, (2019), refere-se às inúmeras dificuldades a serem enfrentadas, em especial ao que alude às barreiras estruturais, diárias escassas, espaço físico e transportes impróprios, número insuficiente de auditores e de profissionais da área contábil-financeira e especialistas da área médica.

De acordo com Sampaio e Franco (2016), existem outras razões que acabam por desestimular o trabalho na saúde, como desgaste físico e mental, trabalho repetitivo, escasso tempo para o repouso, condições inadequadas e/ou precárias de trabalho. Tais fatores muitas vezes oriundos da necessidade de se trabalhar em mais de um local e da necessidade constante de qualificação e aprimoramento profissional para atender as exigências do mercado, no que diz respeito ao conhecimento, habilidades, competências e capacidade de enfrentamento de situações novas e desafiadoras no cotidiano profissional.

Uma questão que também merece destaque é a inexistência do cargo de auditor no SUS, condição essa que interfere na valorização e reconhecimento do trabalho, acarretando implicações negativas como insegurança na efetivação da auditoria, baixa

remuneração, falta de isonomia das gratificações e inexistência de critérios do ingresso no setor (SANTOS; ESLABÃO, 2019).

Santos e Eslabão (2019), ainda citam nesse contexto, a grande dificuldade de determinados auditores em conseguir realizar trabalho em equipe e a visão equivocada de uma auditoria que gera acusação e punições. Segundo Morais *et al.*, (2019), muitos profissionais não admitem seus erros e falhas identificados pela auditoria, o que resulta em conflitos entre o auditor e auditado.

Outra importante discussão levantada pelos estudos selecionados diz respeito aos relatórios das auditorias em saúde que indicam a necessidade da educação permanente das equipes de saúde, com a elaboração de protocolos, correto e total preenchimento dos registros de dados e planejamento das atividades, assim como a criação de vínculo com a comunidade, concretizando um trabalho ininterrupto que aponte à resolutividade dos serviços (VIANA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2019; BARRETO *et al.*, 2019). A educação permanente em saúde é, portanto, uma alternativa para concretizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e um amplo compartilhamento entre os coletivos de trabalho (CECCIM; FERLA, 2009).

Pelo exposto, observa-se que o âmbito de trabalho na área da auditoria em saúde tem se mostrado cada vez mais complexo à medida que crescem os reflexos das mudanças sociais na comunidade, onde os profissionais enfrentam novas demandas e necessidades de cuidados da população (MORAIS *et al.*, 2019; SAMPAIO; FRANCO, 2016).

Não bastam novas informações, mesmo que cuidadosamente bem comunicadas, senão para a mudança, transformação ou crescimento (CECCIM, FERLA, 2009). A auditoria no SUS carece de muitos investimentos para que se eleve ao patamar almejado, sendo indispensável uma melhor articulação e diálogo entre as esferas municipal, estadual e federal como relatado anteriormente.

Nesse sentido, para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é imprescindível dialogar com as práticas e con-

cepções vigentes, problematizá-las e estabelecer novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde (SANTOS; ESLABÃO, 2019; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016). É importante salientar também que a auditoria no SUS deixa de ter um olhar punitivo para dar lugar a uma ótica educativa e que gradativamente muda seu vínculo ligado as questões financeiras para também fazer parte da qualidade dos serviços de saúde e gerir as melhorias dos processos dos trabalhos em saúde, facilitando o trabalho dos profissionais desta área e, por consequência, dos seus pacientes e assim cumprir seu papel com excelência.

O estudo traz algumas limitações. Como somente três bases de dados foram utilizadas, estudos relevantes podem ter ficado de fora da amostra. Ademais, os dados apresentados, de alguns estudos incluídos, se basearam em estudos de análise de documentos e entrevistas, em que pode ter ocorrido a perda de informações. Acredita-se que tais limitações não tenham comprometido, sobremaneira, as discussões apontadas.

Por fim, tem-se que a leitura e análise dos artigos possibilitaram a ratificação de que a finalidade da auditoria é colaborar com a qualificação da gestão em saúde. As práticas de auditoria tendem a melhorar o processo de trabalho de forma a garantir a melhoria da qualidade dos registros dos cuidados e, consequentemente, da assistência prestada e redução de custos para os serviços de saúde. Evidencia-se aqui, a importância do sistema de auditoria como um instrumento confiável para os gestores no planejamento e avaliação das ações em saúde em prol da qualidade da assistência.

### **Considerações finais**

Pela busca nas bases de dados elencadas, observou-se que há uma escassez de estudos referentes à temática de auditoria no SUS e sua importância para a gestão dos serviços de saúde. É necessário que mais estudos sejam realizados, assim como o

emprego de capacitações adequadas aos sujeitos envolvidos, visto que, possivelmente, desta forma os princípios e diretrizes do SUS, realmente estarão alinhados com os objetivos da auditoria.

Apesar disso, muitos são os avanços no que se refere à democratização do SUS e nas medidas avaliadoras e de fiscalização do setor público de saúde, o que demandou o surgimento dos serviços de auditoria no sistema público de saúde e fez da auditoria uma ferramenta realmente imprescindível na gestão de saúde pública, apesar de sua efetivação e descentralização ainda estarem em andamento.

## Referências

AZEVEDO, G.A.; GONÇALVES, N.S.; SANTOS, D.C. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. Artigo de Revisão. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 70, jan–mar. 2018.

BARRETO, J.J.S. *et al.* Registros de Enfermagem e os Desafios de Sua Execução na Prática Assistencial. **Revista Mineira de Enfermagem**, n. 23:e-1234. 2019.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. *Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.* **Presidência da República**, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, **Departamento Nacional de Auditoria do SUS**. – Brasília: Ministério da Saúde, 48 p.: il. 2017.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Fundação Osvaldo Cruz**

– FIOCRUZ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009.

GALDINO, S.V. *et al.* Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. Artigo de Revisão. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, (Brasília) v.07 (Supl. 1), jul. p. 1023-57. 2016.

LAPÃO, L.V. *et al.* *Lean* na Gestão da Saúde: Uma Oportunidade para Fomentar a Centralidade do Doente, o Respeito pelos Profissionais e a Qualidade nos Serviços de Saúde. **Acta Médica Portuguesa**, v. 29, n. 4, p. 237-239. Apr; 2016.

LIBERATTI, V.M. *et al.* Validação de Instrumento de Auditoria do Sistema Único de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.32, n. 5. São Paulo Sept./Oct, 2019.

MAIA, A.B.B. *et al.* Compilação técnico-científica acerca da auditoria e gestão de qualidade: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife. 11(supl.3):1489-1494, mar. 2017.

MANZO, B.F.; BRITO, M.J.M.; CORRÊA, A.R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 2, p. 388-94, 2012.

MOHER, D. *et al.* The PRISMA Group. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. **PLoS Med** 6(6): e1000097, 2009.

MORAIS, A.M. *et al.* Obstáculos enfrentados pelo enfermeiro auditor no serviço de saúde: revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 27, n.1, p.121-125. Jun – Ago; 2019.

PINAFO, E.; CARVALHO, B.G.; NUNES, E.F.P.A. Descentralização da Gestão: Caminho Percorrido, Nós Críticos e Perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p.1511-1524, 2016.

QUEVEDO, A.L.A.; LEAL, R.M. Auditoria em saúde e economia da saúde: análise de um estudo de caso. **Cadernos Libero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 8 n. 2, Abr. 2019.

RIBEIRO, B.S.; SILVA, M.C. Auditoria de enfermagem e sua importância no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. **REFACI**, Brasília, v.2, n. 2, Jan - Jul. 2017.

SAMPAIO, M.R.F.B.; FRANCO, C.S. Mercado de Trabalho da Enfermagem: Aspectos Gerais. **Enfermagem em Foco**, v.7, n. esp, p. 35-62. 2016.

SANTOS, E.O.; ESLABÃO, A.D. Práticas de auditoria no sistema único de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Online de Pesquisa**, v. 11, n. 3, 2019.

SILVA, K.R.; LIMA, M.D.O.; SOUSA, M.A. Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. Artigo de Revisão. **Revista Gestão & Saúde**, v .07, n. 02, p. 793-810, 2016.

SILVA, V.A. *et al.* Auditoria da qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários em um hospital universitário. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, p. 28-33, 2019.

SOUSA, L.M.M. *et al.* A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, p. 17-26. 2017.

VIANA, D.C. *et al.* Implantação da Auditoria Concorrente de Enfermagem: um Relato de Experiência. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1. P.:e3250014, 2016.

**PARTE V**  
**ENFERMAGEM: FORMAÇÃO E**  
**PRODUÇÃO DO CUIDADO**

# Enfermagem e a Segurança do Paciente

*Joseneide Santos Queiroz  
Patrícia Figueiredo Marques  
Urbanir Santana Rodrigues*

## Homenagem a Florence Nightingale

A data foi 12 de maio de 1820. Nascia Florence Nightingale, que se tornou a precursora da Enfermagem moderna. Seu livro *Notas de Enfermagem* (NIGHTINGALE, 2005) é referência para muitas contribuições profissionais como a sua Teoria Ambientalista, um dos primeiros registros de dados epidemiológicos com elementos gráficos. Neste, evidencia-se que a higiene do ambiente contribuía para a recuperação de maior número de soldados feridos na guerra da Crimeia. Essa ação apresentou, como resultado, 40% de mortes evitadas, destacando o cuidar como exercício profissional (SOUZA *et al.*, 2020).

Dentre tantas contribuições de Florence Nightingale, a sua Teoria Ambientalista ganha novo destaque no ano do seu bicentário devido a uma “guerra”. Dessa vez, não se trata de uma guerra física entre países que contrapõem seus recursos bélicos, mas a guerra sanitária que todos os países enfrentam com o surgimento da pandemia pelo Coronavírus, SARS-CoV-2, ocasionando a *Coronavirus Disease* (COVID-19) (STREET, 2020).

Sabe-se que a COVID-19 deixará um legado histórico que repercutirá mundialmente em todos os campos do saber. Aqui, delimita-se o Ensino Superior brasileiro, com destaque para o curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), que reagiu com o suporte teórico deixado por Florence, reafirmando a imprescindibilidade e a relevância da profissão que lida diariamente no *front* da pandemia, reinventando novas formas de cuidado.

Descreve-se o conhecimento produzido sobre as Metas Internacionais para a Segurança do Paciente e como se articulam com a Teoria Ambientalista proposta por Nightingale (FÉLIX, 2017), com destaque para a identificação correta, triagem com classificação de risco, higiene das mãos e controle de infecção hospitalar.

O momento de isolamento social impôs uma nova forma de produzir o conhecimento e refletir as formas de inserção da universidade nos diversos campos de atuação em saúde. Dessa forma, provoca-se a repensar o contexto histórico e a importância da inserção do tema Segurança do Paciente no curso da graduação em Enfermagem da UFRB antes da pandemia e a expansão para outros cursos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e para além da comunidade acadêmica durante este momento.

Os caminhos metodológicos para a elaboração deste trabalho de reflexão alicerçaram-se nas experiências das autoras durante a prática pedagógica do componente Estágio Curricular Supervisionado II (ECSII) com ênfase em atenção hospitalar, semestre a semestre, respaldadas em uma perspectiva de articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Associada a isso, a análise dos documentos gerados das experiências junto a outros cursos de saúde do CCS/UFRB. Os aspectos éticos estão respeitados ao respaldar essa reflexão na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

## **Segurança do Paciente**

O termo Segurança do Paciente passa a fazer parte de um dos itens mais abordados nas instituições de saúde a partir do ano 2000 com o lançamento do livro *Errar é humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro* [*To Err is Human: Building a Safer Health System*] do *Institute of Medicine* (IOM) (BRASIL, 2013a). Este livro descortina algo que por muito tempo se buscou não evidenciar: os hospitais e instituições de saúde não são ambientes seguros.

A estatística utilizada no texto ilumina e expõe a fragilidade das instituições de saúde em trabalhar com os erros e buscar alternativas para a redução dos danos. Finalmente, havia grande credibilidade para transformar os hospitais em locais seguros. O principal argumento descrito tem efeito de denúncia - os eventos adversos: definidos como “danos causados pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta” (BRASIL, 2014, p. 5), inclusive, como responsáveis pela maior taxa de mortalidade que as causas externas e doenças como Aids e câncer de mama (BRASIL, 2013a).

Em 2004, a OMS assume o gerenciamento do tema com a denominação Classificação Internacional de Segurança do Paciente, *International Classification for Patient Safety* (ICPS). No Brasil, o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente realizam a tradução destas diretrizes, participando da colaboração entre vários países em avaliar, identificar e propor medidas para a mitigação dos riscos associados à assistência à saúde. Esses foram denominados desafios globais, tendo início a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b).

Assim, o compromisso com a qualidade em saúde surge com grande mobilização nacional, liderada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Portaria nº 529, de 01/04/2013, e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013b). Em junho do mesmo ano, foi estabelecida a Resolução Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 sobre a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Nesse contexto, gradualmente, os hospitais públicos e as polí-clínicas, que são campos de práticas para vários estudantes de nível técnico, graduação e pós-graduação, tanto da rede pública como privada, com uma configuração multidisciplinar e multiprofissional, passam por remodelações e reorganização do cuidado prestado.

As Instituições de Ensino Superior (IES), em um ritmo semelhante, iniciam a inserção da temática nas atividades curriculares.

No reconhecimento da importância da formação de parcerias para o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, tripé que orienta o processo de prestação de serviços à sociedade pelas IES, a UFRB as constrói e fortalece a cada semestre. Por meio das parcerias, é possível incrementar o potencial produtivo de saberes, práticas convergentes, cuidado ampliado e de qualidade. Transversalmente a esse processo, a adoção de padrões da qualidade em saúde, adotados pelo curso de graduação em Enfermagem, buscou utilizar capital intelectual da UFRB para contribuir com a cultura da qualidade na saúde e segurança do paciente.

A UFRB, que desenvolve atividades na rede hospitalar e básica, apresenta inserção no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), por ser o principal campo de práticas e estágios hospitalares do CCS, em Santo Antônio de Jesus (BA). Também utiliza o hospital INCAR e a Clínica do Rim, no mesmo município, como espaços para a formação profissionalizante. Já a inserção na rede básica dá-se utilizando as Unidade Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). Recentemente, foi inaugurada uma policlínica, com atuação na média complexidade, ampliando a rede para a realização de exames diagnósticos e complementares e como mais um ambiente para a atuação da universidade.

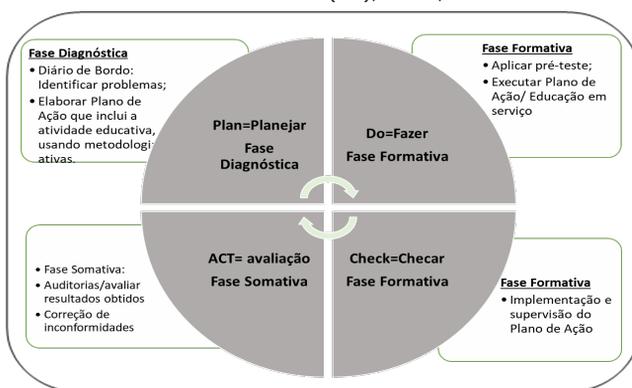
A segurança do paciente passou a ser a diretriz norteadora para a área de práticas de cuidado, com enfoque para a Enfermagem, da qual participam vários docentes que estudam componentes potencializadores da formação acadêmica para o cuidado humano e integral em 2017.

Desde o semestre de 2017.2, discentes de Enfermagem vinculados(as) ao componente curricular ECSII, que previamente alicerçou suas atividades na proposta pedagógica baseada em problemas (SANTOS *et al.*, 2017), passaram a desenvolver suas atividades de diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação utilizando uma metodologia ativa (PAIVA *et al.*, 2016) articulada a uma ferram

menta da qualidade. Esta permitiu a equivalência com as etapas do estágio. A ferramenta é o ciclo de melhoria contínua conhecido pelo acrônimo da sigla em inglês - PDCA (AYUSO-MURILLO *et al.*, 2017).

A proposta didática do ECSII passa a utilizar a ferramenta do PDCA como estruturante das fases do estágio, norteando o desenvolvimento das etapas. Esta integração fortalece o direcionamento pedagógico com um método validado, que se constitui em uma ferramenta da qualidade em saúde. A figura 1 será apresentada com o detalhamento das etapas, usando os elementos do acrônimo PDCA e das fases do estágio.

**Figura 1.** Representação das fases do ECSII utilizando a metodologia PDCA. Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil, 2020.



**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2020).

A primeira fase é a diagnóstica, delimitada por um período de reconhecimento do campo de estágio, e ocorre durante três semanas, correspondendo à fase de planejamento descrita abaixo:

<b>FASE DIAGNÓSTICA</b>	<b>PLANEJAMENTO = P</b>
Classe Dia	Apresentação do componente curricular com detalhes
Diário de bordo	Atividade individual que consta da descrição detalhada dos setores do hospital, utilizando um roteiro que é um barema.
Plano de Ação	Atividade de grupo. Elaboração de atividades educativas relacionadas às metas internacionais de segurança do paciente, com uso de metodologias ativas de aprendizagem.

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2020).

A fase formativa, que ocorre em doze semanas, é composta de duas etapas do PDCA, correspondendo, no acrônimo, às letras D e C, distribuídas abaixo:

<b>FASE FORMATIVA</b>	<b>D = APLICAR + C = CHECAR</b>
Aplicar a atividade educativa	“D” - Executar o plano de ação.
Checar a manutenção e a execução da meta implementada	“C” - Checar a implementação, fazer auditorias com listas de verificação.

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2020).

A fase somativa, desenvolvida em três semanas, é o momento de conclusão da intervenção e do final do estágio, correspondendo, no acrônimo PDCA, à letra “A”, apresentada abaixo:

<b>FASE SOMATIVA</b>	<b>A = AVALIAR</b>
Avaliar a atividade educativa aplicada; existe manutenção das atividades?	Aplicar pós-teste; avaliar os resultados da auditoria e propor a manutenção das melhorias.

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2020).

Com esta metodologia totalmente adaptada ao componente curricular, foram articuladas atividades relacionadas ao aporte teórico das seis metas internacionais para a segurança do paciente referenciadas pela ANVISA (BRASIL, 2013b) no ambiente hospitalar. O trabalho docente de agregação da pedagogia baseada em problemas com a ferramenta do PDCA, alinhamento com o NSP dos campos de práticas e estágios e uso de metodologias ativas de aprendizagem foi se consolidando no componente ECSII. Muitos trabalhos foram produzidos e vivenciados pelos(as) discentes e docentes com contribuições importantes para estes(as) e para os campos de práticas (Quadro 1).

**Quadro 1** - Listagem de atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas com a nova proposta pedagógica para ECSII, Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil, 2020.

Semestre	Campo de estágio	Atividade de ensino-intervenção educativa
2017.2	HRS AJ	Identificação correta do paciente e comunicação efetiva
2018.1	HRS AJ	Identificação correta do paciente e comunicação efetiva por meio dos protocolos
2018.2	HRS AJ	Segurança na administração de medicamentos
2019.1	INCAR	Identificação correta do paciente
2019.2	INCAR	Higiene das mãos
		Atualização do escore MEWS para técnicos de Enfermagem
2020.1	INCAR	Suspensão das atividades de ensino devido a pandemia pelo coronavírus.
Trabalhos apresentados e publicados		
Ano	Local	Atividade de pesquisa e extensão
2017	II Congresso Baiano de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente	Segurança do paciente à implementação do <i>checklist</i> no setor ambulatorial: um relato de experiência
	II Congresso Baiano de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente	Educação em saúde acerca das orientações cirúrgicas de pré-operatório - um relato de experiência
	Reencôncavo - Saúde 2017.2	Gerenciamento de riscos na administração de medicamentos: um relato de experiência
	MORAIS, A. C. <i>et al.</i> Rev. Enferm. UFPI, Teresina, v. 6, n. 1, p. 76-79, jan./mar. 2017.	Artigo publicado - Teste piloto de <i>checklist</i> de cirurgia segura: relato de experiência
2018	Simpósio Nacional de Educação na Saúde: Formação e Educação Permanente em Foco	Educação em serviço para segurança do paciente em uma unidade de emergência
	Seminário Reencôncavo - Saúde e Semana Acadêmica 2018.1	Minicurso sobre Metas Internacionais para Segurança do Paciente - Qualidade do Cuidado Focado em Segurança do Paciente
	Seminário Reencôncavo - Saúde e Semana Acadêmica 2018.2	Minicurso sobre Metas Internacionais para Segurança do Paciente - Qualidade do Cuidado Focado em Segurança do Paciente
	Seminário Reencôncavo - Saúde e Semana Acadêmica 2018.2: ser Re(en)côncavo é compromisso!	Identificação do paciente em uma clínica ortopédica: relato de experiência
	Seminário Reencôncavo - Saúde e Semana Acadêmica 2018.2: ser Re(en)côncavo é compromisso!	Segurança do paciente com foco na identificação do paciente em uma clínica médica: relato de experiência
	Seminário Reencôncavo - Saúde e Semana Acadêmica 2018.2: ser Re(en)côncavo é compromisso!	Na ponta dos pés: o olhar do enfermeiro acerca do componente curricular Estágio Supervisionado II

2019	I Jornada de Enfermagem de Terapia Intensiva do HUPES. Anais...	Educação em serviço para a segurança do paciente em uma unidade de emergência
	I Jornada de Enfermagem de Terapia Intensiva do HUPES. Anais ...	A retórica do <i>marketing</i> promocional como ferramenta estratégica para segurança e identificação do paciente
	Seminário Reencôncavo – Saúde e Semana Acadêmica 2019.1	Minicurso sobre Metas Internacionais para Segurança do Paciente – Qualidade do Cuidado Focado em Segurança do Paciente
	Seminário Reencôncavo – Saúde e Semana Acadêmica 2019.1	Roda de conversa sobre Experiências sobre Segurança do Paciente em Santo Antônio de Jesus/BA
	Seminário Reencôncavo – Saúde e Semana Acadêmica 2019.2	Minicurso sobre Metas Internacionais para Segurança do Paciente – Qualidade do Cuidado Focado em Segurança do Paciente
2020	Seminário Reencôncavo – Saúde e Semana Acadêmica 2020.1	Minicurso – Notificação de Evento Adverso e a Segurança do Paciente
	Todas as produções das autoras nas atividades de extensão, foram registradas pelo Comitê de Acompanhamento e Enfrentamento à COVID-19 do CCS/UFRB.	

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2020).

Em 2018, docentes do componente ECSII incluíram, entre as atividades obrigatórias, e como ação de aproximação com a temática pelos(as) discentes, a participação nas ações do NSP dos serviços e nos cursos promovidos durante o Reencôncavo<sup>8</sup>, proposta metodológica que se repete semestralmente. Outros produtos da ação articulada dos(as) docentes do componente e membros do Grupo de Pesquisa CRIAI foram a vinculação à Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e ao polo regional em Santo Antônio de Jesus (BA) – REBRAENSP Recôncavo, momento que inaugurou uma parceria que possibilitou a implantação, a difusão e a educação em saúde de forma interdisciplinar nos diversos cenários de práticas do curso de Enfermagem e outras cidades que compõem o Recôncavo Baiano.

<sup>8</sup> O evento integra o calendário acadêmico da UFRB e tem por objetivo promover a recepção e o acolhimento de toda a comunidade acadêmica (discentes, calouros e veteranos, servidores docentes e técnicos) no início de mais um semestre letivo.

Uma das atividades que se destacam, Reencôncavo 2018.2, foi a parceria entre os atores envolvidos na REBRAENSP Recôncavo, Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus e docentes, que se constitui como uma atividade que visou a aproximar a universidade à comunidade externa. Nessa, ocorreu a troca de experiências e saberes sobre Segurança do Paciente nos vários níveis de complexidade de atenção à saúde.

### **A expansão multi-institucional**

A pandemia pelo Coronavírus também trouxe uma integração do curso de Enfermagem com outras áreas institucionais, é o que acontece com a participação de uma das autoras no Comitê de Acompanhamento e Enfrentamento à COVID-19, que teve como objetivo “mapear as ações já desenvolvidas pela comunidade do CCS, receber e articular novas possibilidades de contribuição, sistematizar ações, orientar produção e divulgação de produtos de comunicação e apoio para toda a comunidade, interna e externa” (UFRB, 2020).

Foram estabelecidas parcerias com o Colegiado de Nutrição, que trouxe a proposta do momento CONUTRI, que são vídeos produzidos por discentes e docentes que tratam de temas para a higienização das frutas, verduras e itens alimentícios. O conceito de Segurança do Paciente expande-se para alcançar o “paciente”, aqui configurado como todas as pessoas e comunidade que necessitem receber informações sobre higiene alimentar, cuidados com a água de consumo, prática de higiene das mãos e dos alimentos de modo geral.

Outra integração ocorreu com professores(as) do curso de graduação em Psicologia. Estes(as) desenvolveram uma proposta de capacitação em Biossegurança para funcionários(as) do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). A proposta inicial abrangeria Santo Antônio de Jesus/BA e o evento foi

realizado, sendo solicitada, por parte de gestores municipais de saúde do Recôncavo, a ampliação para atender a toda a área. Aos poucos, a disseminação de informações está se estabelecendo e novos horizontes são contemplados.

### **Considerações finais**

O trabalho interdisciplinar desenvolvido no âmbito do curso de Enfermagem/UFRB, que envolve docentes e discentes, tem mostrado resultados profícuos para a formação profissional, para os serviços de saúde que são campos de práticas e estágios.

As experiências exitosas podem ser aferidas por meio da participação e do trabalho que congrega todos(as) os(as) envolvidos(as) no processo formativo, tanto por parte dos(as) profissionais que estão nos serviços quanto dos(as) docentes e discentes. Assim, a universidade cumpre a sua função social na formação, com vistas a mudanças de comportamento para a melhoria da qualidade na prestação dos serviços em saúde.

Destaca-se que a equipe de Enfermagem, dentre outras profissões do campo da saúde, se destaca pela responsabilidade da maior parte de cuidados assistenciais, de modo que adotar uma postura para a formação onde o tema segurança do paciente tenha capilaridade dentro do espaço formativo curricular significa sensibilizar futuros profissionais comprometidos com a redução de incidentes e danos à saúde dos seres humanos, além de dialogar com princípios éticos e legais que garantam a segurança profissional livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência.

### **Referências**

AYUSO-MURILLO, D. *et al.* Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. **Enfermería Clínica**, Barcelona, v. 27, n. 4, p. 251-255, jul./aug. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada, RDC nº 36 de 25 de julho de 2013.**

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d-74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d-74d5e). Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 21 maio 2020.

FÉLIX, R. S. **Cultura de segurança do paciente em uma maternidade na perspectiva de usuárias e equipe multiprofissional**. 2017, 178f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria (RS), 2017. Disponível em: <http://www.tede.universidadefranciscana.edu.br:8080/handle/UFN-BDTD/622>. Acesso em: 25 maio 2020.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência, 2005.

PAIVA, M. R. F. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v. 15, n. 2, p. 145-153, 2016.

SANTOS, E. O. *et al.* Aprendizagem baseada em problemas no ensino da enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 17, n. 32, p. 55-66, jan./jun. 2017.

SOUZA, S. R. *et al.* Editorial 81ª Semana Brasileira de Enfermagem e 1ª Semana Brasileira de Enfermagem em Tempos de Pandemia COVID-19. **Revista Eletrônica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, maio 2020.

STREET, A. ***Florence Nightingale would have recognised the challenges associated with COVID-19***. British Politics and Policy, London, apr. 2020. Disponível em: <https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/florence-nightingale-covid19/>. Acesso em: 20 maio 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. Centro de Ciências da Saúde. UFRB cria Comitê de Acompanhamento e Enfrentamento à CoViD-19. Santo Antônio de Jesus: UFRB/CCS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/portal/noticias/5767-ufrb-cria-comite-de-acompanhamento-e-enfrentamento-a-covid-19>. Acesso em: 28 maio 2020.

# Primeiros Socorros: experiência da extensão

*Monneglesia S. Lopes Cardoso  
Patrícia Veiga Nascimento  
José Lucas Andrade Santos  
Ana Carolina Conceição Neves  
Bianca Pimentel Ferreira  
Adrielle Brito Alves  
Thiara de Almeida N. Silva  
Julival Batista dos Santos  
Rafaele Marques de Oliveira  
Larissa Moreira Pitta*

## Introdução

No escopo dos inúmeros eventos que envolvem as situações de urgência e emergência, tais como traumas, queimaduras, hemorragia, afogamento, intoxicação, asfixia, crise convulsiva, entre outros presenciados cotidianamente pela população, o desconhecimento e a insegurança apresentam-se, em geral, associados, ao mesmo tempo em que podem ter, como desfecho mais grave, a parada cardiorrespiratória (PCR).

Definida como a “cessação súbita, inesperada e catastrófica da circulação sistêmica, atividade ventricular útil e ventilatória [...]” (TALLO *et al.*, 2012, p. 194), a PCR é um evento grave e necessita de intervenção imediata por meio do suporte básico de vida (SBV), o qual, incluído nas ações de primeiros socorros (PS), corresponde ao cuidado inicial prestado à vítima em PCR, logo, como “sequência primária de ações para salvar vidas” (SBC, 2013, p. 4), podendo ser iniciada fora do espaço extra-hospitalar por qualquer indivíduo, compreendendo um conjunto de etapas sequenciais (PERGOLA e ARAÚJO, 2009; TOBASE *et al.*, 2017). Complementarmente à questão conceitual, os PS são definidos como ações iniciais ou imediatas

realizadas por qualquer cidadão destituído de materiais ou conhecimento sobre socorro especializado objetivando ajudar vítimas em sofrimento, como consequência de acidentes, mal súbito ou outras situações de emergência (GALINDO NETO, 2018; SILVA *et al.*, 2018).

Discute-se amplamente sobre como o atendimento rápido e eficaz à vítima em situação emergencial é ponto decisivo para o sucesso na sua recuperação em ambiente extra-hospitalar. A atuação de pessoas leigas no SBV é assertivamente reconhecida como parte integrante de protocolo internacional sobre o assunto (AHA, 2015) e deve ser notadamente incentivada por meio de estratégias educacionais. Sobre a compreensão do que se trata o termo “leigo”, destaca-se que são considerados leigos os indivíduos não graduados em qualquer área de ciências da saúde ou que não tiveram treinamento para SBV e os não leigos aqueles graduados em ciência da saúde ou profissionais treinados, ligados à área da saúde (TAVARES *et al.*, 2015).

No Brasil, durante o período de 2008 a 2018, o número de internações referentes a lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas cresceu em todas as regiões do país, com a do Sudeste ocupando o primeiro lugar em número de internações (4.592.804) seguida do Nordeste (2.719.75 internações), gerando, com as demais regiões, um total de gastos públicos em saúde equivalente a mais de 12 bilhões de reais em 11 anos (DATASUS, 2018). Entretanto, apesar de esses dados explicitarem crescimento no número de vítimas e aumento consequente dos gastos públicos, no Brasil, o ensino das ações em PS ainda é pouco disseminado (VERONESE *et al.*, 2010; ZANELLA *et al.*, 2018).

No que concerne à realidade local, o município de Santo Antônio de Jesus (SAJ), pertencente à região do Recôncavo da Bahia e que sedia o campus do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), apresenta similarmente dados relevantes relacionados a internações por causas externas (30.609), considerando o mesmo período referido acima (IBGE, 2018; DATASUS, 2018), demonstrando a importância

da propagação dos conhecimentos sobre PS e SBV na região. Para tal propósito, a educação em saúde é uma ferramenta capaz de promover a transmissão de saberes populares e científicos aos cidadãos comuns encorajando-os e potencializando-os para a adequada assistência a vítimas de situações emergenciais (GALINDO NETO, 2017; GALINDO NETO, 2018; SILVA *et al.*, 2018).

Dada a relevância clínica e social da PCR, além de outros agravos, a importância do tempo reduzido de atendimento para prevenção de sequelas e redução do risco de morte (SBC, 2013) é imprescindível a formulação de estratégias que possibilitem à população leiga, aos estudantes e profissionais da saúde, o acesso ao conhecimento sobre a forma correta e segura de atuação em situações emergenciais. Aí reside a significância da realização de ações que alcancem a comunidade, o que é efetivamente possível por meio da extensão universitária.

Tal qual se apresenta a relevância da universidade em seu papel social, ressalta-se a importância da extensão universitária que, além de ser dispositivo formativo, acadêmico e profissional, inspira-se na práxis, na ação reflexiva e transformadora dos sujeitos envolvidos (RIBEIRO, PONTES, SILVA, 2017). Daí, destaca-se o processo de reflexão que possibilitou a construção deste trabalho.

O “Projeto de Extensão em Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida”, desenvolvido nos anos 2018 e 2019, tratou-se de uma proposta inovadora, tendo como eixo central o compartilhamento de saberes sobre temas que envolvem atendimento a vítimas em situações de urgência e emergência nos diversos âmbitos, no sentido de desenvolver habilidades dos participantes e formar multiplicadores de saberes tão significativos para a comunidade em geral. Teve como equipe executora discentes do CCS/UFRB dos cursos de Enfermagem e Medicina na categoria de monitores voluntários e bolsistas, além de duas docentes como coordenadoras.

Compartilhar aprendizagens por meio da educação é peça chave para reduzir abismos sociais e as ações desenvolvidas neste projeto de extensão propuseram-se a ser um possível disparador

de transformação, valorizando o saber popular e partindo do pressuposto de que ensinar e aprender são indissociáveis e pertencem a um movimento único e contínuo do “ouvir para aprender”, “aprender ensinando” e “ensinar a fazer”. Por isso, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência das atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão em Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida do CCS/UFRB.

### **Ciclos do conhecimento**

A educação ocorre por um processo dinâmico que afeta o indivíduo, estimulando-o para que ele desenvolva e aprimore suas inúmeras capacidades, entre as quais destacam-se as cognitivas, sociais, físicas e emocionais. A universidade pode e deve ter uma função primordial nos processos educacionais para os mais diversos indivíduos e das mais variadas formas, reafirmando, sempre, a priorização da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

A implementação das atividades extensionistas planejadas no mencionado projeto buscaram permitir a participação ativa e integradora do público-alvo no processo de ensino/aprendizagem, sendo formulados, então, os ciclos educativos, os quais foram desenvolvidos levando em consideração os diferentes espaços da comunidade (interna e externa à universidade) com suas respectivas particularidades. Foi priorizado o desenvolvimento de metodologias ativas, reconhecendo-se a indispensabilidade do uso dessa ferramenta pedagógica ao abordar temáticas que notoriamente são mais bem apreendidas de maneira dinâmica e participativa, tal qual se apresentam os PS e o SBV. A seguir, apresenta-se a experiência dos mencionados ciclos educativos.

#### **Ciclo educativo 1**

O ciclo educativo 1 configurou-se com o desenvolvimento de atividades educacionais inseridas no Curso de Extensão em Primeiros

Socorros e Suporte Básico de Vida, tendo como público-alvo trabalhadores da saúde do município de SAJ e/ou cidades circunvizinhas, assim como discentes dos cursos de graduação da área de saúde (Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Medicina e Psicologia), com ampla divulgação por meio da assessoria de comunicação (ASCOM) da UFRB e das redes sociais. A primeira versão do curso (2018) contemplou uma carga horária total de 40 horas e, a segunda (2019), de 16 horas. Os temas abordados foram: introdução aos primeiros socorros e suporte básico de vida – avaliação da vítima em PCR; politrauma; queimaduras; atuação do grupamento militar de bombeiros; obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE); síncope e convulsão; afogamento; intoxicação exógena e acidentes por animais peçonhentos.

Os módulos foram organizados de acordo com os respectivos temas e contou-se com docentes e convidados com expertise nas temáticas, sendo utilizados instrumentos de aprendizagem variados, como pré e pós-teste, além de recursos materiais específicos. A utilização das metodologias complementares, expositiva e problematizadora, foi fundamental para atingir o objetivo dos cursos, pois a primeira possibilitou a transmissão dos conteúdos e das técnicas em PS e, a segunda, a participação ativa dos presentes por meio das questões teóricas, dos casos clínicos e das situações reais vivenciadas, promovendo a integração entre os conhecimentos teóricos e a prática.

Assim, a percepção da equipe executora foi clara em relação ao interesse significativo dos inscritos em participar das atividades propostas, com destaque para a implementação do instrumento avaliativo caracterizado como pré e pós-teste acerca do tema de cada módulo. A utilização do mencionado instrumento permitiu aos participantes do curso a verificação dos seus próprios conhecimentos sobre os respectivos assuntos, conferindo dinamismo e possibilidade de autoavaliação concreta dos conteúdos explanados.

Mediante as discussões e, no decorrer da realização das práticas, pode-se notar que os participantes dos cursos de extensão

obtiveram aproveitamento significativo sobre os conhecimentos, as técnicas e habilidades discutidas nos módulos, obtendo, ainda, um espaço de compartilhamento de experiências pessoais e profissionais capazes de dar sentido e reforçar o que aprenderam nos encontros. Houve participação ativa do público-alvo, que externou entusiasmo e satisfação ao término das atividades, sendo a avaliação dos módulos notadamente positiva, alcançando o seu objetivo proposto.

### **Ciclos educativos 2 e 3**

As atividades extensionistas desenvolvidas nos ciclos educativos 2 e 3 contemplaram como público-alvo, docentes, servidores e colaboradores do CCS/UFRB, além de professores e estudantes da rede pública de ensino local e profissionais da rede de atenção à saúde (RAS) de SAJ. Para o público do centro mencionado, foram abordados os temas: primeiros socorros, acidente vascular encefálico (AVE), OVACE, PCR, síncope e convulsão, utilizando abordagem teórico-prática no momento da sensibilização. As atividades foram conduzidas de maneira a priorizar a interação do grupo e a participação ativa, com a associação dinâmica do conteúdo teórico e a abordagem prática, simultaneamente. Por se tratar de um grupo heterogêneo, a aproximação foi realizada de modo descontraído e enérgico utilizando inúmeras dinâmicas de grupo adaptadas a brincadeiras, como encenação, jogo dos sete erros, quebra-cabeça e jogo do mito ou verdade, sendo utilizados os recursos materiais específicos.

Observou-se notável interação entre a equipe executora de discentes e o público mediante a troca de experiências e o compartilhamento de informações sobre como atuar diante das situações de urgência e emergência. Foi possível perceber o interesse dos presentes em participar das atividades propostas, com destaque para a realização do instrumento avaliativo pré e pós-teste, aplicação prática das manobras de PS e SBV, enriquecidos por momentos em que foram sanadas diversas dúvidas de ordem prática.

As ações desenvolvidas nas escolas da rede pública de SAJ contemplaram significativo quantitativo de estudantes sendo abordados os temas OVACE e ressuscitação cardiopulmonar (RCP) – SBV, com a utilização de recursos materiais específicos. A percepção da equipe executora foi de considerável interesse e curiosidade por parte dos estudantes em relação às manobras de RCP, os quais, apesar de não demonstrarem familiaridade com a técnica, compreendiam a importância de aprender a realizar as manobras, o que ocorreu de modo exitoso no fim das ações, com notável participação ativa do grupo. Ratifica-se a importância de incorporar o ensino de PS e SBV no currículo escolar, pois sustenta-se que crianças e adolescentes instruídos em RCP são propensos a discutir o aprendizado no ambiente extraescolar, aumentando sua conscientização sobre o assunto (FERNANDES *et al.*, 204).

Conforme elucida Souza (2013), o conteúdo de primeiros socorros é imprescindível para os alunos do ensino fundamental, pois nessa etapa é trabalhado o tema corpo humano e saúde como eixos temáticos, fazendo-os refletirem sobre a importância desse conhecimento para prevenção de casos recorrentes de mortes evitáveis com o uso de atitudes simples, além da oportunidade de terem contato com conteúdos importantes para toda a vida, enquanto cidadãos. Para Martin (2015), a presença de, pelo menos, uma pessoa treinada em primeiros socorros pode melhorar consideravelmente o prognóstico imediato da vítima e em longo prazo, emergindo o fato de que levar a especificidade das mencionadas temáticas para as salas de aula, torna viável o despertar de possíveis multiplicadores.

Para além das atividades na rede de ensino, implementaram-se ações voltadas também aos profissionais da rede de atenção à saúde (RAS) de SAJ: ACS e demais integrantes das equipes de saúde da família (enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, auxiliar de serviços gerais e recepcionista) e foram contempladas as seguintes temáticas: queimaduras, síncope e convulsão e OVACE. As estratégias metodológicas utilizadas foram definidas

a partir do perfil e levantamento das dificuldades dos respectivos grupos inseridos em seus diferentes contextos de trabalho, sendo implementada, por conseguinte, a roda de conversa para uma das equipes e a sensibilização dialogada com associação teórico-prática para a outra equipe-alvo, o que possibilitou a obtenção do melhor aproveitamento possível.

Chaves e colaboradores (2017) ainda afirmam que, diante de uma PCR, é essencial saber reconhecer os sinais e sintomas, portanto, torna-se imprescindível que, durante as atividades educativas, sejam enfatizados os sinais clássicos da PCR, para que ocorra precocemente o reconhecimento de um quadro grave. Desse modo, durante as mencionadas oficinas, por exemplo, o foco das atividades estava no fato de se compartilhar os sinais e sintomas da PCR, os elos da cadeia de sobrevivência proposta pela *American Heart Association* (AHA) (AHA, 2015) e a importância do tempo entre o reconhecimento e o acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) pelo telefone 192.

A implementação do pré e pós-teste como estratégia de avaliação da ação extensionista, bem como de autoavaliação para uma das equipes de saúde da família, permitiu aos executores identificarem um aproveitamento positivo do conteúdo explicado/dialogado. Ademais, no decorrer da sensibilização, dúvidas e questionamentos eram sanados. Os profissionais, durante e depois da atividade, mostraram-se satisfeitos e com notória percepção sobre a ampliação de seus conhecimentos, discorrendo sobre a importância da necessidade de constantes sensibilizações relacionadas àquelas mencionadas temáticas.

De acordo com Pérgola e Araújo (2009), presume-se que muitos socorristas agem pelo sentimento de solidariedade, algumas vezes, sem possuírem treinamento adequado. Tendo em vista a grande ocorrência de acidentes e mortes súbitas no ambiente pré-hospitalar, observa-se a importância do treinamento intensivo para os socorristas profissionais da área de saúde e para os socorristas leigos, a fim de garantir um atendimento imediato com segu-

rança e qualidade (QUILICLA, 2011). É oportuno salientar, ademais, que a integralidade deve ser o eixo norteador das capacitações em saúde, pois promove e considera as articulações dos saberes e das práticas profissionais trazendo um conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2014).

Percebe-se que os ciclos educativos 2 e 3 foram consolidados de maneira efetiva, marcados pela transferência de experiências entre a equipe executora e os participantes, enfatizando a importância da troca de conhecimentos e da educação permanente em saúde, permitindo reflexões sobre o perfil ideal do socorrista que requer mais do que habilidades técnicas, mas sobretudo, configurando-se como um ato de cidadania e solidariedade que pode salvar vidas.

### **Considerações finais**

As intervenções desenvolvidas pelo projeto de extensão em primeiros socorros e suporte básico de vida por meio dos ciclos educativos foram essenciais e eficazes na propagação dos conhecimentos propostos para todos os grupos do público-alvo. Ficou evidente a efetiva participação da comunidade (acadêmica e externa) no tocante às atividades educativas, e a equipe executora considerou que as temáticas foram desenvolvidas com o melhor aproveitamento possível, preservadas as suas particularidades nos diferentes contextos.

Destaca-se que a metodologia implementada nas oficinas e demais atividades conferiu dinamismo aos encontros e oportunidade de participação dos usuários no processo educativo proporcionando um padrão horizontal de compartilhamento das técnicas e dos cuidados em saúde. Esse processo de aprendizagem foi essencial, uma vez que, ao “dar voz” aos educandos, permitiu que eles dividissem experiências pessoais sobre o tema tornando-o mais tangível, concreto e dando real valor aos elementos da aprendizagem. Foi também relevante no sentido de aguçar a cria-

tividade da equipe executora de discentes quanto às formas de ser e fazer existentes nessa cultura.

Concretizar o referido projeto possibilitou aprimorar as esferas intelectual, científica, acadêmica, ética e cidadã dos discentes responsáveis e relatar a experiência das atividades neste estudo permitiu reviver por parte daqueles, as sempre tão “acalouradas” discussões, em que as pausas para sanar dúvidas eram espontâneas, não havendo a necessidade de incitar a participação do público, pois a atmosfera construída nos encontros emitiam uma fluidez motivadora, contando com muitas experiências narradas, tantos mitos desmitificados (para ambas as partes). Para os docentes supervisores, a convicção, durante todo o processo de consolidação do projeto, de que é possível o estreitamento das lacunas do conhecimento e, no fim, a certeza do êxito de um trabalho sério. Toda a equipe executora “ensinava” e, ao mesmo tempo, “aprendia” num movimento contínuo de ciclo que a educação transformadora possibilita na sua essência.

É possível que a universidade seja um instrumento de transformação da realidade. Aproximar-se da comunidade é um dos caminhos. O projeto desenvolvido foi construído tendo como base a convicção da potencialidade da extensão universitária. Acredita-se que o conhecimento institucionalizado produzido no âmbito acadêmico deve ser “semeado” e que a produção ali concretizada tenha real impacto na vida das pessoas.

### **Limites, potencialidades e perspectivas**

De modo geral, os principais limites enfrentados na implementação das atividades estão relacionados com a relativa evasão dos cursos de extensão (ciclo educativo I), em que muitos participantes relataram incompatibilidade com o dia da semana e os horários propostos, bem como a relativa dificuldade em deslocar palestrantes de outros municípios com expertise nas respectivas temáticas para ministrar os módulos dos mencionados cursos.

Para além das potencialidades alcançadas, descritas no corpo deste trabalho, enfatiza-se que foram apresentados alguns trabalhos científicos em eventos locais, regionais e nacionais, frutos das ações desenvolvidas, bem como a confecção da “Cartilha de Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida para a Criança e Adolescente”, ressaltando a importância da consolidação do vínculo ensino-pesquisa-extensão na universidade.

Enquanto perspectivas para o trabalho desenvolvido, pretende-se oportunamente realizar articulação com a Secretaria Municipal de Saúde de SAJ, no sentido de discutir e propor a implementação de um programa de acesso público à desfibrilação (APD) nos locais da comunidade onde existam pessoas com maior risco de PCR e/ou de grande circulação pública, fundamentado pelos dados epidemiológicos/científicos em evidência na atualidade. Para além disso, almeja-se a publicação da mencionada cartilha, então confeccionada como fruto do projeto, para ampla disponibilização às instituições públicas de ensino do município depois de sua revisão e validação.

## Referências

AHA. American Heart Association. Destaques da American Heart Association. Guidelines 2015. **Atualização das diretrizes de RCP e ACE**, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**: Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHAVES, A. F. L. *et al.* Reanimação cardiopulmonar nas escolas: avaliação de estratégia educativa. **Revista Expressão Católica Saúde**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 65-72, abril 2018.

DATASUS. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar. **Internações hospitalares**, 2018. Disponível em: <https://datasus>.

saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/. Acesso em: 27 maio 2020.

FERNANDES, J. M. G. *et al.* Ensino de suporte básico de vida para alunos de escola pública e privada do ensino médio. **Arq. Bras. Cardiol**, v.102, n.6, P.593-601, 2014.

GALINDO NETO, N. M. *et al.* Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 87-93, jan. 2017.

GALINDO NETO, N. M. *et al.* 'Teachers' experiences about first aid at school. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1678-1684, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características gerais da população.** resultados da amostra, 2018.

MARTIN, R. A. Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar. **Enferm. Univ.**, México. v.12, n.2, 2015.

PERGOLA, A. M; ARAUJO, I. E. M. O leigo e o suporte básico de vida. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 335-342, jun. 2009.

QUILICI, A. P.; Timerman, S. (editores). **Suporte básico de vida: primeiro atendimento na emergência para profissionais da saúde.** Barueri, SP: Manole, 2011.

RIBEIRO, M. R. F.; PONTES, V. M. A.; SILVA, E. A. A contribuição da extensão universitária na formação acadêmica: desafios e perspectivas. **Revista Conexão UEPG**, v. 13, p. 52-65, 2017.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** v. 101, n. 2, supl. 3, ago. 2013.

SILVA, DP; NUNES, J. B. B.; MOREIRA, R. T. F.; COSTA, L. C. Primeiros socorros: objeto de educação em saúde para professores. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, v. 12, p. 1444-1453, 2018.

SOUZA, C. R. de. **Primeiros socorros no ensino fundamental**. 2013. [15] f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Naturais). Universidade de Brasília, Planaltina-DF, 2013.

TALLO, F. S. *et al.* Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev Bras Clín Med**. São Paulo, v. 10, n. 3, mai-jun 2012, p. 194-200.

TAVARES, L.F.B, *et al.* Conhecimento de estudantes de graduação em ciências da saúde em testes objetivos sobre suporte básico de vida. **Journal of Human Growth and Development**. v. 25, n. 3, p. 297-306, 2015.

TOBASE, Lucia *et al.* Suporte básico de vida: avaliação da aprendizagem com uso de simulação e dispositivos de feedback imediato. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e. 2942, 2017.

VERONESE, Andréa Márian *et al.* Oficinas de primeiros socorros: relato de experiência. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 179-182, mar. 2010.

ZANELLA, K. A. *et al.* **Relato de experiência:** primeiros socorros - capacitando acadêmicos do curso de pedagogia. Revista de Extensão, Florianópolis, v. 15, n. 31, p. 116-123, 2018.



# Grupo de Pesquisa/Extensão em Cuidado Cardiovascular

*Nuno Damácio de Carvalho Félix*

*Brenda Silva Cunha*

*Antonio Wellington Vieira Mendes*

*Maria Naiane Rolim Nascimento*

*Paula Gabrielli de Santana Soares*

*Raércia dos Santos Carneiro*

*Raícia dos Santos Carneiro*

A produção do conhecimento na área de enfermagem, no Brasil, precisa ser ampliada e para isso é necessário criar estratégias de indução, em consonância com as políticas públicas; no intuito de transcender às disparidades regionais, a qualificação de recursos humanos, a oportunidade de bolsas de estudos e a publicação das produções de forma igualitária de pesquisadores de todas as regiões do país, respeitando suas singularidades, fortalezas e fragilidades. Ademais, faz-se necessário o reconhecimento de possíveis lacunas relativas ao objeto de conhecimento da enfermagem, bem como a tradução/aplicação do conhecimento produzido na prática profissional de enfermagem (CANEVER *et al.*, 2014), o que ocorre com a criação e desenvolvimento de grupos de pesquisa.

O Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular (GPCARDIO)<sup>9</sup> se trata de um grupo de pesquisa cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), órgão vinculado ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) criado em 1951 como Conselho Nacional de Pesquisas, posteriormente assumindo a denominação atual. Em 1965 foi regulamentada a pós-graduação no Brasil, sendo institucionalizado o ensino de mestrado e doutorado com 38 cursos no país (CNPq, 2020).

---

<sup>9</sup> Link de acesso: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/2442350865101104>

O GPCARDIO foi certificado em novembro de 2019 pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), sob liderança do Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix, professor do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde/UFRB. A proposta do grupo é desenvolver pesquisas e atividades de extensão à comunidade direcionadas ao cuidado cardiovascular, assim como promover a divulgação dos resultados para a comunidade acadêmica, profissional e sociedade em geral.

O grupo está estruturado em três linhas de pesquisa, a saber: Cuidado de enfermagem e saúde no contexto de risco cardiovascular; Padronização da linguagem de enfermagem no cuidado cardiovascular; Tecnologias para o cuidado cardiovascular. Pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação, além de técnicos estão organizados para o desenvolvimento de pesquisas em temáticas prioritárias, envolvendo instituições de variados estados do Brasil como Ceará, Minas Gerais e Paraíba, com perspectivas de colaboração internacional.

Quanto ao referencial teórico para fundamentar o grupo, destaca-se a Teoria do Cuidado no Contexto de Risco Cardiovascular, a TEORISC, que tem como finalidades elementares: descrever e explicar o cuidado no contexto de risco cardiovascular, a relação dos fatores inseridos e associados que antecedem e aumentam a vulnerabilidade cardiovascular do indivíduo; e indicar ações de Enfermagem e Saúde para promover o bem-estar e a redução do risco cardiovascular alinhado aos fatores individuais e coletivos, assim como reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis a médio e longo prazo (FÉLIX, 2019).

Erdmann, Peiter e Lanzoni (2017) destacam que os grupos de pesquisa em Enfermagem refletem seus avanços estruturais e políticos na geração de ciência, tecnologia e inovação da área, entretanto ainda deve ser incentivada a participação de alunos de graduação e pesquisadores estrangeiros, bem como a ampliação de recursos tecnológicos e das parcerias interinstitucionais. Nessa perspectiva, objetivou-se relatar as experiências de pesquisadores

e estudantes no Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular.

Esse estudo versa sobre um relato de experiência, do tipo descritivo, realizado por integrantes do GPCARDIO vinculados ao curso de Enfermagem do CCS/UFRB e instituições parceiras, referente às atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas a partir de novembro de 2019 e as perspectivas futuras para avanço do grupo de pesquisa.

### **Experiências na pesquisa**

O GPCARDIO possui 45 integrantes entre pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação e técnicos, quantitativo considerável de acordo com o perfil de grupos de pesquisa no Brasil. Destaca-se a historicidade da contribuição da Bahia na pesquisa em Enfermagem, em que o primeiro grupo de pesquisa em Enfermagem no Brasil foi o Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso – NESPI, criado pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 1973 (ERDMANN; PEITER; LANZONI, 2017).

A seleção dos participantes do GPCARDIO ocorreu a priori com a divulgação contendo as orientações para ingresso no grupo de pesquisa, que consistiu em envio de uma carta de interesse para correspondência eletrônica do grupo, identificando nome completo, curso de graduação e justificando motivo do interesse em participar do grupo, bem como link de acesso ao Currículo *Lattes*, após avaliação do líder, mediante aos dados anteriormente citados, os participantes foram incluídos no grupo e participam atualmente de forma efetiva.

O GPCARDIO possui caráter interdisciplinar, atuando com conhecimentos e especialidades de várias áreas. Nesse contexto, o grupo possui participantes com diferentes graus de formação acadêmica: doutorado, mestrado, especialização e graduação. As formações presentes até o momento são: enfermagem, medicina e nutrição. Entretanto, salienta-se que o grupo está em constante

construção, pretendendo agregar outras áreas do conhecimento, por reconhecer a importância do trabalho em equipe e as diferentes visões que podem ser somadas junto à uma temática.

Grupos de pesquisa se configuram como espaços para produção e compartilhamento de conhecimentos, colaborando para o desenvolvimento de habilidades pessoais e acadêmicas, bem como a produção de resultados que contribuam para a sociedade, a fim de mostrar a relevância dos estudos desenvolvidos (SANTANA; SILVA, 2015). Segundo o CNPq (2020), um grupo de pesquisa necessita de uma liderança, que geralmente estão vinculados à figura de um professor, de preferência com Doutorado. No entanto, este espaço não é composto apenas por esta figura, mas envolve discentes, demais docentes, técnicos administrativos e participantes externos que podem ser da mesma Instituição de Ensino (IE) ou de parceiras, o que converge com o formato do GPCARDIO.

Ressalta-se que o GPCARDIO possui uma parceria interinstitucional da UFRB/CCS com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a Universidade Regional do Cariri (URCA) e a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), o que fortalece ainda mais as ações do grupo, visando expandi-las a diferentes locais, além de garantir a representatividade do grupo em outros estados, uma vez que, participantes do grupo, são também das referidas universidades. Assim, o grupo de pesquisa possui papel fundamental na formação acadêmica interinstitucional, tendo em vista que proporciona reflexões acerca de temáticas trabalhadas e discutidas, além de possibilitar o desenvolvimento do pensamento crítico, sendo este fundamental para a produção de novas tecnologias e resultados relevantes.

Quanto às atividades de pesquisa até então desenvolvidas pelo GPCARDIO, essas foram apresentadas no Seminário Reencantado Saúde e Semana Acadêmica 2020.1 realizado pelo CCS/UFRB. Os trabalhos apresentados foram construídos através de parcerias interinstitucionais referidas. Ademais, foram construídos através de espaços virtuais, abordando conteúdos que se relacionam com o objetivo e temática do grupo de pesquisa.

Mesmo com pouco tempo de atuação, o GPCARDIO recebeu uma premiação resultante do trabalho intitulado “Diagnóstico de enfermagem da CIPE® para vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico”, evidenciando a relevância da temática abordada, tendo em vista que, no Brasil, é alto o número de indivíduos que são acometidos pelo acidente vascular encefálico isquêmico.

Além das apresentações, o GPCARDIO desenvolveu, durante o evento, a reunião inaugural com os integrantes já cadastrados no CNPq e aqueles que demonstraram interesse em fazer parte e integrar as atividades propostas pelo grupo. Nessa perspectiva, objetivou-se apresentar oficialmente o grupo à comunidade acadêmica e à comunidade externa, bem como apresentar os objetivos e as propostas de atividades para serem desenvolvidas nos meses seguintes.

Realizou-se no referido evento o lançamento do livro “Nomenclatura de diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas utilizando a CIPE®” (NÓBREGA *et al.*, 2018), o qual o líder do grupo é um dos autores. O momento foi aberto ao público, podendo esses sanar dúvidas a respeito do livro e fazer contribuições, além da disponibilização do livro no formato E-book, facilitando a leitura e o processo de aprendizado. Estão em andamento projetos de pesquisa utilizando a TEORISC aplicada a população idosa, com a participação de estudantes na iniciação científica PIBIC, além da participação em bancas de mestrado e coorientação de tese de doutorado também utilizando a teoria.

## **Experiências na extensão**

Em uma formação acadêmica, é essencial que o estudante participe de pesquisas e projetos que irão acrescentar experiência e aprendizado para ele. Segundo o Fórum de Extensão dos Pró-Reitores das Universidades Públicas Brasileiras (NOGUEIRA, 2013), uma extensão universitária está baseada na integração entre ensino,

pesquisa e extensão, e a mesma pode gerar um método interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político, que visa proporcionar uma comunicação entre a Universidade e outros setores que fazem parte da sociedade.

Nessa perspectiva, tem-se o Programa de Extensão em Cuidado Cardiovascular (PROCARDIO), cadastrado no CCS/UFRB e vinculado ao GPCARDIO, tendo como objetivo agregar conhecimento e integrar a Universidade à comunidade, por meio da realização de atividades permanentes durante todo o semestre, na oferta de serviços para a saúde cardiovascular das pessoas como: stand, exposição e atividades educativas no CCS, em escolas públicas e privadas e serviços de Atenção Primária em algumas cidades do Recôncavo da Bahia. Essas ações colaboram para uma melhor qualidade de vida da população, bem como propiciam aos estudantes, integrantes do grupo, a soma de mais um espaço de aprendizagem.

A primeira atividade extensionista do GPCARDIO foi realizada no CCS/UFRB, entre os dias 05 e 06 de março, durante o Reencôncavo Saúde 2020.1. O stand “Cuide do seu coração”, teve como proposta a prestação de serviço à comunidade acadêmica e a comunidade externa para a prevenção cardiovascular. Foram ofertados serviços de educação em saúde, avaliação clínica dinâmica como aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar, cálculo do Índice de Massa Corporal, além da realização de orientações para o cuidado com a saúde.

Concernente a adesão das pessoas foi observada um grande quantitativo de interessados e participantes dos serviços oferecidos pelo stand, ao mesmo tempo em que esclareceram suas dúvidas. Após a participação, foi entregue um registro com todos os resultados, para que o participante pudesse ter um controle quando fosse utilizar dos mesmos serviços posteriormente. Essa experiência proporcionou grande aprendizado para os extensionistas, pois os mesmos vivenciaram, durante ambos os dias, o contato direto com as pessoas e a aplicação do conhecimento previamente adquirido.

Para além dessas ações, considerando o momento de pandemia vivenciado pelo país no ano de 2020, provocada pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2 (vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2), causador da doença COVID-19 (LANA, 2020). Foi proposto pelo líder do GPCARDIO uma ação de enfrentamento direto para o COVID-19, que contou com a participação de estudantes do grupo junto ao próprio líder na campanha de vacinação contra Influenza. Sendo considerada importante, primeiro por amenizar a sobrecarga do sistema de saúde, uma vez que diminui a procura das pessoas por problemas do trato respiratório (SOUZA *et al.* 2019).

Segundo, por se tratar de uma prevenção para populações consideradas de risco. E por fim, a vacina contra influenza não tem eficácia contra o coronavírus, entretanto, ajuda os profissionais de saúde na exclusão do diagnóstico para COVID-19, pois os sintomas da gripe podem ser confundidos com os que são provocados pela infecção do COVID-19, sendo importante a vacinação para que venha a funcionar como um diagnóstico diferencial. Assim, se constatado no cartão de vacina a imunização contra influenza, descarta-se essa possibilidade, atentando-se para a maior probabilidade de diagnóstico do COVID-19, além disso, é evidente a importância de evitar-se uma contaminação cruzada de COVID-19 e influenza, já que pode agravar o estado de saúde do paciente.

A atividade ocorreu no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia, e para que fosse viável sua realização, foi feita uma articulação junto à Rede de Frio localizada na Secretaria Municipal de Saúde, do referido município, a fim de obter insumos necessários (imunobiológicos, seringas, agulhas, algodão, cartões de vacina, mapas para registro e equipamento de proteção individual) para que a vacinação fosse viável.

A ação permitiu uma aproximação com a comunidade externa da UFRB e serviços de saúde do município. Estima-se a vacinação de mais de 300 pessoas com essa iniciativa, servindo como estímulo para ações de outras universidades e faculdades, visto que a atividade teve ampla divulgação em plataformas digi-

tais. Sendo bastante significativo em um momento de preocupação que assola o país.

### **Perspectivas futuras**

O GPCARDIO, apesar do estado recente de criação, tem atuado com o intuito de proporcionar a construção de saberes a nível acadêmico/profissional/pessoal aos seus participantes e a sociedade, por oportunizar vivências e a atuação por meio do cuidado durante as atividades extensionistas com transformações territoriais e discussões científicas nas reuniões e encontros, o que resulta no desenvolvimento a curto e longo prazo de produções científicas para a pesquisa, com a difusão na comunidade acadêmica em eventos locais, além de ter perspectiva para eventos nacionais e internacionais, periódicos científicos difundidos em variadas bases de dados e livros. Tal fato permite o acesso a leitores de todo o mundo, despertando a importância da reflexão e da criticidade do indivíduo, ampliando conhecimentos e responsabilidades em relação a atividades de pesquisa e extensão construídos no entorno da graduação.

A participação de estudantes e profissionais em grupos de pesquisa proporciona uma visão mais ampla do processo de pesquisa, além de permitir aproximação e familiaridade com o assunto trabalhado (AZEVEDO *et al.*, 2019), o que desperta nos estudantes o pensamento crítico durante o raciocínio clínico, na perspectiva de torná-los futuros profissionais que atuem sempre buscando novas evidências para o seu saber-fazer. Essa participação de no entorno da pesquisa é primordial, visto que torna os indivíduos produtivo para a formulação de novas ideias e de novos pensamentos, assim o grupo em questão propõe-se realizar estudos temáticos a fim de colaborar com a comunidade acadêmica produzindo evidências registradas em resumos simples e expandidos, trabalhos completos, artigos e capítulos de livros, enquanto meios de se disseminar ciência. Assim como a implementação desses estudos em campo e a implementação de tecnologias desenvolvidas.

No que concerne à sociedade, os grupos de pesquisa colaboram proporcionando estudos e verificando formas mais eficazes de se fazer saúde com base no contexto que está inserido e nos recursos que se tem disponíveis, assim a comunidade é incluída no planejamento da assistência baseada em evidências científicas, por meio da construção de saberes e conhecimentos, agregando informações importantes sobre o território no qual está inserido, o que possibilita visualizar os determinantes de saúde e atuar com base nesses. Essas ações, a longo prazo, transformam-se em núcleos de excelência tanto para a instituição de ensino à qual pertence o grupo de pesquisa enquanto espaço formativo de construção de conhecimento, quanto para a própria sociedade, assim, as atividades desenvolvidas em equipe são essenciais e propiciam a troca de experiências entre os envolvidos (VALENTIM *et al.*, 2011).

Publicar é uma exigência para profissionais e estudantes que desejam colaborar com a produção de ciência enquanto evidências científicas. Igualmente, o consumo e a produção de conhecimento são atividades inerentes a educação de estudantes e profissionais que necessitam de constante processo de atualização e aperfeiçoamento (KIRCHHOF; LACERDA, 2012). Assim, o estímulo aos alunos é constante e diário, enquanto disseminação dos feitos realizados no entorno do grupo de pesquisa. Essas ações do grupo de pesquisa devem ser fomentadas por meio do fornecimento de bolsas para que os alunos possam investir em suas coletas de dados e desenvolvimento de tecnologias que possam auxiliar nesse processo.

A concessão de bolsas de fomento à pesquisa está relacionada ao papel fundamental que a educação tem na autonomia científica e tecnológica das nações. Os países responsáveis pela produção de ciência e tecnologia no mundo investem parte significativa do seu produto interno bruto (PIB) em educação. No Brasil, uma parte significativa do conhecimento científico e tecnológico produzido e disseminado acontece no âmbito da graduação e pós-graduação (SOUZA, 2014), sendo fator essencial a busca desses incentivos para os alunos de forma precoce na graduação

para que eles evoluam crítica e cientificamente para almejam a pós-graduação e se tornarem bons pesquisadores que contribuam para a sociedade.

Esse incentivo também acaba por influenciar na produtividade e visibilidade das universidades, aumentando o nível de excelência das mesmas. Assim, há perspectivas de brevemente haver bolsistas no grupo de pesquisa, diante do fato de que há atualmente voluntários, que se disponibilizaram a contribuir com as ações e pesquisas. Tal meta se dará com base na inscrição em editais de fomento à pesquisa, conforme disponibilizados pelo governo e instituição de ensino superior a qual o grupo está vinculado.

O incentivo à participação em eventos científicos nacionais e internacionais tem o intuito de divulgar cientificamente as vivências a partir das produções resultantes e atualização dos pesquisadores para promoção da qualidade acadêmica, reconhecendo a importância para tal, sendo essa uma obrigação do bolsista de pesquisa. É importante salientar o estímulo a tal, por meio da concessão de auxílio, planejamento das atividades e produções com seus respectivos prazos, determinação e alcance de metas nesse sentido. Destaca-se ainda o conhecimento de outras realidades, trocas de saberes, além da construção de conhecimento a partir da participação em palestras, webconferências, fóruns, apresentação de trabalhos científicos, enquanto fatores indispensáveis para a formação profissional e aperfeiçoamento curricular.

Na perspectiva de que o GPCARDIO ainda está em processo de consolidação, por ter sido implantado recentemente na instituição de ensino, os aspectos aqui discutidos serão incentivados aos participantes, com o intuito de socializar na construção de conhecimento e troca de informações em comum, assim como de novos conhecimentos, extrapolando os muros da universidade, e assim colaborar na implantação de ações sociais, podendo resultar em parcerias institucionais e até mesmo com empresas de interesse social e na área da saúde, em prol da sociedade enquanto bem comum.

## Referências

AZEVEDO, I.C. *et al.* Importância do grupo de pesquisa na formação do estudante de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**. v. 8, n. 2, p. 390-398, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26003/pdf>.

CANEVER, B. P. *et al.* Caracterização dos grupos de pesquisa em educação em enfermagem do estado de são paulo. **Texto contexto - enferm.**, v.23, n.1, p. 21-28, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100021&lng=en&nrm=iso).

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (BR). **CNPq – 65 anos apoiando o desenvolvimento científico e tecnológico do Brasil**. Brasília (DF): CNPq, 2020. Disponível em: [http://cnpq.br/web/guest/noticiasviews/-/journal\\_content/56\\_INSTANCE\\_a6MO/10157/4649173](http://cnpq.br/web/guest/noticiasviews/-/journal_content/56_INSTANCE_a6MO/10157/4649173).

ERDMANN, A. L.; PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M. Grupos de pesquisa em enfermagem no Brasil: comparação dos perfis de 2006 e 2016. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.38, n.2, e69051, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000200418&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200418&lng=en&nrm=iso).

FÉLIX, N. D. C. **Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica**: base conceitual para a teoria de médio alcance do cuidado no contexto de risco cardiovascular. Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega. 2019. 399 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

KIRCHHOF, A. L. C.; LACERDA, M. R. Desafios e perspectivas para a publicação de artigos – uma reflexão a partir de autores e editores. **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n. 1, p. 185-93, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100021&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100021&script=sci_arttext).

LANA, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efe-

tiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, e00019620, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000300301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000300301&lng=en&nrm=iso).

NÓBREGA, M. M. L. (Org.). **Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**: para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE®. João Pessoa: Ideia, 2018.

NOGUEIRA, M. D. P. O Fórum de Pró-reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras: um ator social em construção. **Interfaces - Revista de Extensão**, v. 1, n. 1, p. 35-47, 2013. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/7/8>.

SANTANA, G. A; SILVA, F. M. **A produção colaborativa de conhecimento dos grupos de pesquisa brasileiros e os desdobramentos das relações entre seus pesquisadores**. In: XVI Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (GT7-Enancib), 2015 out 26-30; João Pessoa, PB. João Pessoa: XVI ENPCI/XVI ENANCIB; 2015.

SOUZA, R. R. **Análise da influência da concessão de bolsa de estudos na produtividade acadêmica dos estudantes de administração ao nível pós-graduação stricto sensu no Brasil**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Administração, Florianópolis, 2014.

SOUZA, T. P. *et al.* Fatores associados à aceitação da vacina influenza entre trabalhadores de saúde: conhecimento, atitude e prática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3147-3158, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000803147&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000803147&lng=en&nrm=iso).

VALENTIM, M. L. P. *et al.* Grupos de pesquisa como espaço de construção e compartilhamento de conhecimento. In: **Anais do 12º Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação**; 2011; Brasília. Brasília: Enancib; p. 1545-61. Disponível em: <http://repositorios.ques-toesemrede.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/1658/Grupos%20-%20Valentim.pdf?sequence=1>.

# Docentes e Suporte Básico de Vida

Ana Paula Santos de Jesus  
Juarez Menezes de Oliveira Júnior  
Patrícia Veiga Nascimento

## Introdução

A parada cardiorrespiratória (PCR) permanece como uma das emergências cardiovasculares de alta prevalência e de morbimortalidade elevada (BERNOCHE *et al.*, 2019). Durante a PCR, a circulação espontânea cessa subitamente, com consequente perda da capacidade respiratória, e os órgãos vitais deixam de ser perfundidos (POSSER *et al.*, 2017; PALHARES *et al.*, 2014).

O Suporte Básico de Vida (SBV) é considerado a sequência primária de reanimação em casos de PCR e inclui o reconhecimento imediato da vítima, o acionamento do sistema de emergência, o início das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade e o uso do desfibrilador externo automático (DEA) assim que disponível (BERNOCHE *et al.*; BRAZ *et al.*, 2015).

Evidências apontam que morrem anualmente no Brasil cerca de 283 mil pessoas por causas cardiovasculares de origem extra-hospitalar e, a cada minuto transcorrido do início do evento arritmico súbito sem desfibrilação, a probabilidade de sobrevivência diminui 7% a 10%. Nesse sentido, programas de RCP e o uso de desfibrilação precoce, realizados por leigos, têm proporcionado taxas de sobrevivência de até 85% (POSSER *et al.*, 2017; BERNOCHE *et al.*, 2019).

Considerando que a sobrevida da vítima de PCR depende da eficácia do socorro prestado no SBV, recomenda-se a realização imediata das manobras de RCP, que compreendem uma sequência de manobras e procedimentos destinados a manter a circulação cerebral e cardíaca, além do uso precoce de um desfibrilador, desde o início do quadro. Para tal, faz-se necessário que profissio-

nais de saúde tenham conhecimento e estejam preparados para aplicar essas manobras. Esses aspectos são cruciais e podem fazer a diferença na redução de sequelas (GUSKUMA *et al.*, 2019; BARROS; NETO, 2018).

Embora alguns estudos tenham avaliado o conhecimento de profissionais de enfermagem e graduandos de saúde sobre SBV e RCP (GUSKUMA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2015), bem como o conhecimento de professores e alunos de escola pública sobre PCR (MACIEL; ROSENO, 2019), são escassos os trabalhos na literatura nacional sobre o conhecimento de docentes de Instituição de Ensino Superior (IES) em saúde acerca do SBV.

Este estudo objetivou avaliar o grau de conhecimento teórico sobre SBV dos docentes de uma IES em saúde, associando-o com o curso de formação dos docentes.

## **Método**

Trata-se de estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta de 115 docentes ativos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Foram incluídos no estudo 71 docentes efetivos e substitutos que exerciam suas funções regularmente na instituição. Foram excluídos 44 docentes, 25 encontravam-se afastados para capacitação profissional ou por motivos de saúde, 18 não foram localizados no período da coleta de dados e um docente era um dos pesquisadores.

O instrumento de coleta dos dados foi um questionário estruturado formado por 29 questões, incluindo perguntas abertas e de múltipla escolha, as quais foram organizadas em três blocos: oito questões sobre dados de identificação, nove perguntas gerais sobre o SBV e 12 específicas de SBV, elaboradas com base nas diretrizes da *American Heart Association* (AHA) de 2010, vigente durante o período de aplicação dos questionários.

Os dados de interesse foram coletados por quatro discentes do curso de enfermagem da UFRB, durante os meses de maio, outubro e

novembro de 2015. A coleta foi interrompida entre os meses de junho a setembro, devido à greve dos docentes federais neste período.

Para avaliação do grau de conhecimento, foram estabelecidas duas categorias baseadas no percentual de acertos individual do docente, a saber: conhecimento satisfatório, se número individual de acertos  $\geq 75\%$ , e conhecimento insatisfatório, se número individual de acertos  $< 75$  (SILVA *et al.*, 2015).

Os dados foram armazenados em banco de dados do programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22. A análise descritiva foi realizada por meio dos cálculos de média  $\pm$  desvio padrão. Calcularam-se a frequência e a porcentagem das variáveis categóricas. Para a associação entre o percentual de acertos e as categorias de formação docente, utilizou-se o teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB, sob CAAE 42657215.8.0000.0056, tendo sido solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Dos 71 participantes do estudo, a média de idade foi de 40  $\pm$  17,5 anos. Predominaram a faixa etária dos 30 a 39 anos (47,9%), o sexo feminino (62%) e a cor parda (43,7%).

A maioria dos docentes avaliados tinha Graduação em enfermagem (23,9%) e Doutorado como titulação máxima (52,1%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Características dos docentes em saúde, segundo a formação. Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)
Curso de formação	
Enfermagem	17 (23,9)
Nutrição	14 (19,7)
Psicologia	14 (19,7)
Odontologia	4 (5,6)
Biologia	4 (5,6)
Medicina	3 (4,2)

Biomedicina	3 (4,2)
Farmácia	3 (4,2)
Medicina Veterinária	2 (2,8)
Outros	7 (9,9)
Titulação máxima	
Graduação	2 (2,8)
Especialização	8 (11,3)
Mestrado	23 (32,4)
Doutorado	37 (52,1)
Pós-Doutorado	1 (1,4)

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2015).

Quanto às vivências dos docentes em SBV, 69% referiram não ter realizado a capacitação em SBV após a Graduação, 78,9% não realizavam discussão sobre SBV no componente curricular que ministravam, 54,9% nunca presenciaram uma situação de PCR e 70,4% não tinham realizado manobras de RCP.

Em relação ao conhecimento geral dos docentes sobre SBV, 80,3% informaram corretamente o significado do SBV e da RCP, porém 76,1% relataram não se sentirem preparados para realizar manobras de RCP, e 84,5% apontaram a necessidade de realizar um curso de capacitação em SBV.

Quanto à avaliação do conhecimento específico dos docentes em saúde sobre SBV, apenas 16,9% alcançaram rendimento  $\geq 75\%$  de acertos. No que tange ao percentual de acertos segundo a formação dos docentes, somente aqueles com formação em enfermagem e medicina tiveram rendimento  $\geq 75\%$  quando comparados aos demais docentes avaliados ( $p = 0,000$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Percentual de acertos no questionário aplicado sobre conhecimento de Suporte Básico de Vida segundo formação dos docentes em saúde. Santo Antônio de Jesus (BA) Brasil, 2015.

Formação docente	Percentual de acertos n (%)		Totaln (%)	Valor de p
	< 75%	$\geq 75\%$		
Enfermagem	7 (9,9)	10 (14,1)	17 (23,9)	
Nutrição	14 (19,7)	0 (0,0)	14 (19,7)	
Psicologia	14 (19,7)	0 (0,0)	14 (19,7)	
Medicina	1 (1,4)	2 (2,8)	3 (4,2)	
Odontologia	4 (5,6)	0 (0,0)	4 (5,6)	

Biologia	4 (5,6)	0 (0,0)	4 (5,6)
Biomedicina	3 (4,2)	0 (0,0)	3 (4,2)
Farmácia	3 (4,2)	0 (0,0)	3 (4,2)
Medicina veterinária	2 (2,8)	0 (0,0)	2 (2,8)
Outros	7 (9,9)	0 (0,0)	7 (9,9)
<b>Total</b>	<b>59 (83,1)</b>	<b>12 (16,9)</b>	<b>71 (100)</b>

< 0,0000\*

\* Teste do qui-quadrado.

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2015).

O percentual de acertos e erros dos docentes por conteúdo específicos sobre PCR e a sequência do atendimento no SBV (compressão torácica, abertura de vias aéreas, ventilação e desfibrilação externa automática) estão descritos na tabela 3.

**Tabela 3** – Percentual de acertos e erros dos docentes por conteúdo específicos do Suporte Básico de Vida (n = 71). Santo Antônio de Jesus (BA) Brasil, 2015.

<b>Variável</b>	<b>Acertos n (%)</b>	<b>Erros n (%)</b>
Sinais clínicos imediatos na PCR	23 (32,4)	48 (67,6)
Causas da PCR	18 (25,4)	53 (74,6)
Sequência recomendada no atendimento do SBV	23 (32,4)	48 (67,6)
Sequência da RCP recomendada em adultos	17 (23,9)	54 (76,1)
Número de compressões torácicas por minuto	7 (9,9)	64 (90,1)
Compressão-ventilação por um socorrista	18 (25,4)	53 (74,6)
Compressão-ventilação por dois socorristas	15 (21,1)	56 (78,9)
Compressão-ventilação em crianças e lactentes por um socorrista	12 (16,9)	59 (83,1)
Abertura das vias aérea sem suspeita de trauma	27 (38)	44 (62)
Abertura das vias aéreas com suspeita de trauma	19 (26,8)	52 (73,2)
Indicação do uso do DEA no SBV	45 (63,4)	26 (36,6)
O uso do DEA por profissionais de saúde e leigos treinados	37 (52,1)	34 (47,9)

PCR: parada cardiorrespiratória; SBV: Suporte Básico de Vida; RCP: ressuscitação cardiopulmonar; DEA: desfibrilador externo automático.

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2015).

Os maiores percentuais de acertos estiveram relacionados ao conhecimento da desfibrilação externa automática: 63,4% responderam corretamente sobre a indicação do DEA no SBV e 52,1% identificaram que profissionais da saúde e leigos treinados podem utilizar o DEA no SBV. Os percentuais de erros mais elevados estavam relacionados ao conhecimento das compressões torácicas, já que 90,1% e 83,1% responderam incorretamente sobre o número de compressões

torácicas aplicadas por minuto durante a RCP e a relação compressão para ventilação em crianças e lactentes, respectivamente.

## Discussão

Neste estudo, foi verificada prevalência mais alta de docentes do sexo feminino, achado que corrobora os resultados de outra investigação, a qual evidenciou maioria de mulheres nas profissões da área de saúde (PRADO, 2010). A maioria dos docentes tinham idade entre 30 e 39 anos e possuía formação *stricto sensu* na modalidade de Doutorado. Esse cenário reflete um perfil de docentes jovens que investiu na qualificação profissional. A maior prevalência da cor parda na amostra estudada pode estar relacionada ao predomínio da raça negra na população do estado da Bahia.

Com relação à formação dos docentes, foi maior o percentual de enfermeiros, nutricionistas e psicólogos. No centro de ensino da IES estudada, os cursos de enfermagem, psicologia e nutrição foram pioneiros, o que justifica a maior concentração desses profissionais ministrando aulas em seus referidos cursos.

Os achados desta pesquisa levam a inferir que a experiência dos profissionais antes da docência não possibilitou a eles uma vivência prática em situações de emergências, pois a maioria nunca presenciara um atendimento à vítima de PCR e nem realizara manobras de RCP. A experiência de realizar manobras de RCP em uma vítima de PCR possibilita ao profissional relacionar o conteúdo teórico com a prática vivenciada, e, nesse momento, o profissional amadurece sua conduta e aprende como agir em situações posteriores (ALVES; MAIA, 2011).

Neste estudo, a maioria dos docentes relatou não ter realizado capacitação relativa ao SBV após a Graduação. Destaca-se que 84,5% dos docentes sentiam a necessidade de realizar capacitação sobre a temática, o que demonstra o reconhecimento de muitos deles em relação à sua limitação para atuar no SBV. A retenção das habilidades é um grande problema dos cursos de

SBV, pois suas manobras não são usadas com frequência sendo, portanto, esquecidas. A capacitação deveria ser periodicamente reciclada, para consolidação do conhecimento (CHEHUEN NETO, 2016) e uma melhor atuação diante de eventual situação de emergência, seja no ambiente hospitalar ou no extra-hospitalar.

Por outro lado, as recomendações para o atendimento em SBV e Suporte Avançado de Vida são atualizadas a cada 5 anos. A AHA realiza o aprimoramento das técnicas de RCP, entendendo que pesquisas novas surgem e aperfeiçoam as técnicas de SBV já existentes, impactando em um maior percentual de vítimas salvas com as manobras de SBV (AHA, 2015).

Sobre os docentes discutirem a temática SBV nos componentes curriculares, 78,9% referiram não abordar o tema nas aulas ministradas nos diferentes cursos de saúde – enfermagem, medicina, nutrição, psicologia e bacharelado interdisciplinar em saúde dentre eles. Isso pode ser justificado pelo fato de que apenas os cursos de enfermagem e medicina possuíam na grade curricular disciplinas específicas que abordavam o conteúdo de SBV, tema este considerado essencial para todos os profissionais de saúde e leigos, o que possibilita salvar uma vida ou reduzir sequelas em determinadas situações de emergência, seja qual for sua área de atuação.

No que tange ao conhecimento dos docentes sobre o significado do termo “Suporte Básico de Vida”, a maioria demonstrou compreendê-lo, o que permite ao indivíduo entender que, em uma situação de PCR, devem ser oferecidas à vítima compressões torácicas, ventilação e desfibrilação precoce (BRAZ *et al.*, 2015).

A avaliação do grau de conhecimento teórico dos docentes sobre SBV expôs um déficit, pois apenas 12 (16,9%) deles alcançaram percentual de acertos  $\geq 75\%$  no questionário aplicado. Silva *et al.* (2015), ao avaliarem o conhecimento teórico de III graduandos em saúde do último e do penúltimo semestre da mesma instituição estudada, também identificaram déficit no conhecimento, uma vez que apenas 7,2% da amostra obteve rendimento superior a 75% – considerado satisfatório em ambos os estudos.

O grau de conhecimento sobre SBV mostrou associação significativa com a formação docente ( $p = 0,000$ ). Apenas enfermeiros e médicos conseguiram alcançar um percentual satisfatório, sugerindo que os demais docentes permanecem sem a capacitação adequada. Este resultado reforça que os profissionais enfermeiros e médicos, em sua essência profissional, lidam diretamente com pacientes críticos, sendo exigidos deles conhecimentos mínimos necessários para saberem intervir em situações de emergência (PALHARES *et al.*, 2014).

Por outro lado, o reconhecimento de uma PCR no ambiente extra-hospitalar e o atendimento básico imediato podem ser realizados por leigos, desde que devidamente treinados (CHEHUEN NETO, 2016). Assim, pessoas com diferentes níveis de conhecimento devem saber o mínimo para realizar as manobras de RCP e se sentirem preparadas para transmitir seus conhecimentos, agindo de forma correta no momento que presenciarem uma situação de PCR (BOAVENTURA; MIYADAHIRA, 2012).

Quanto à avaliação do conhecimento dos docentes por conteúdos, os percentuais de acertos mais baixos estiveram relacionados aos quesitos sinais imediatos e causas de PCR; sequência recomendada pela AHA para o SBV; manobras de abertura de vias aéreas e relação compressão-ventilação.

O passo inicial para realizar as manobras de RCP no SBV é o reconhecimento dos sinais clínicos imediatos de uma PCR (inconsciência, apneia ou *gasping* e ausência de pulso femoral ou carotídeo). É crucial que o indivíduo saiba reconhecer precocemente os sinais clínicos da PCR para que ela seja rapidamente identificada, o atendimento de emergência seja acionado e as manobras de RCP, ventilações e desfibrilação precoce sejam iniciadas. Isso só é possível com conhecimento geral das condutas do SBV, com intervenção rápida (LUGON *et al.*, 2014).

Em uma situação de PCR, o tempo é fator determinante para a sobrevivência do indivíduo, bem como para a redução dos riscos de lesões neurológicas, sendo recomendado que se iniciem ime-

diatamente as compressões torácicas, para que seja ofertado ao indivíduo um aporte sanguíneo mínimo imediato, a fim de minimizar possíveis sequelas (AHA, 2015).

Um achado que chamou atenção neste estudo foi a respeito do número de compressões torácicas aplicadas por minuto durante a RCP, segundo as diretrizes da AHA de 2010. Apenas 9,9% dos docentes souberam responder corretamente que a frequência recomendada de compressões era de, no mínimo, cem compressões por minuto. No entanto, atualmente, a nova recomendação é que sejam realizadas de cem a 120 compressões por minuto (AHA, 2015).

Outro quesito com percentual de acertos baixo foi sobre a relação compressão/ventilação em crianças e lactentes: 16,9% dos docentes sabiam que a relação correta é de 15 compressões e duas ventilações. Fisiologicamente, crianças e lactentes possuem frequências cardíaca e respiratória maiores que as do adulto. Assim, é necessário um intervalo mais curto entre as respirações artificiais, para que se aproxime rapidamente dos valores fisiológicos desejados para recuperação do indivíduo (AHA, 2015).

Com relação ao quesito manobras para abertura das vias aéreas em um indivíduo sem suspeita de trauma raquimedular, 38% dos docentes responderam corretamente que se deve inclinar a cabeça com elevação do queixo ou hiperextensão da cabeça; apenas 26,8% identificaram que o procedimento adequado para abertura das vias aéreas, quando existe suspeita de trauma raquimedular, seria a anteriorização da mandíbula.

Os maiores percentuais de acertos estiveram relacionados às questões relacionadas ao DEA, pois 63,4% dos docentes afirmaram que o equipamento está indicado em situações de PCR, e 52,1% acertaram que quem deve utilizá-lo são os profissionais de saúde e leigos treinados. O DEA é capaz de reverter a fibrilação ventricular para circulação espontânea, sem requerer interpretação de traçado, e pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde ou leigo treinado, proporcionando à vítima uma desfibrilação precoce e rápida recuperação dos batimentos cardíacos basais (BOAVENTURA; MIYADAHIRA, 2012).

Este estudo teve como limitação avaliar apenas o conhecimento teórico, de modo que não foram verificadas as habilidades práticas dos docentes. No entanto, acredita-se que esta investigação produziu dados relevantes e que devem contribuir para discussões sobre a necessidade de cursos de capacitação periódicas de docentes formadores de profissionais de saúde. A partir desses resultados, os pesquisadores criaram um projeto de extensão acadêmica, com a finalidade de capacitar o corpo docente da IES, considerando as diretrizes de SBV da AHA de 2015. O intuito do curso de extensão acadêmica é preparar o corpo docente para aplicar o SBV diante de eventual situação de emergência, assim como possibilitar que se tornem multiplicadores do conhecimento adquirido.

### Considerações finais

O grau de conhecimento teórico sobre Suporte Básico de Vida dos docentes avaliados, de forma geral, foi insatisfatório para o atendimento à vítima de parada cardiorrespiratória. O percentual de acertos esteve abaixo de 75%. Houve associação significativa entre os percentuais de acertos e as categorias de formação docentes, pois apenas docentes com formação em enfermagem e medicina tiveram grau de conhecimento satisfatório.

### Referências

ALVES, F. G.; MAIA, L. D. S. A importância do treinamento em PCR e RCP para os profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Recien**, São Paulo, v.1, n.2, p.11-16, 2011. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/21>. Acesso em: 06 jun. 2020.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015**. Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. 2015.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010**. Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. 2010.

BARROS, F. R. B; NETO, M. L. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimento do enfermeiro baseado nas diretrizes da American Heart Association 2015. **Enferm. Foco**, Amazonas, v.9, n.3, p. 8-12, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/polia/Downloads/1133-8140-1-PB.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.

BOAVENTURA, A. P.; MIYADAHIRA, A.M.K. Programa de capacitação em ressuscitação cardiorrespiratória com uso do desfibrilador externo automático em uma universidade. **Revista Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 191-194, Mar. 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100025](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100025). Acesso em: 06 jun. 2020.

BRAZ, C.A.; GOMES, A. C. Parada cardiorrespiratória: subsídios para o cuidado de enfermagem. In: 15º Congresso Nacional de Iniciação Científica. **Anais**. Disponível em: <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2015/trabalho-1000019940.pdf>. Acesso em 06 jun. de 2020.

CHEHUEN NETO, J. A., *et al.* Conhecimento e Interesse sobre Suporte Básico de Vida entre Leigos. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Minas Gerais, v.29, n.6, p.443-452, 2016. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n6a04.pdf>. Acesso em 06 jun. de 2020.

GUSKUMA, E.M. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.21, e52253, p.1-8, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/52253/34280>. Acesso em 06 jun. de 2020.

BERNOCHE, C. *et al.* Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.113, n. 3, p. 449-663, Set. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2019000900449](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2019000900449). Acesso em 06 jun. de 2020.

LUGON, A.S. *et al.* **Atuação do profissional enfermeiro frente a parada cardiorrespiratória de acordo com as novas diretrizes**. Centro Universitário São Camilo - ES, Cachoeiro de Itapemirim-ES, 2014.

Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcent/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I54234.E12.T10523.D8AP>. Acesso em: 06 jun. 2020.

MACIEL, A.O; ROSENO, B.R. **Avaliação do conhecimento a respeito de parada cardiorrespiratória e engasgo entre professores e estudantes de uma escola pública do Distrito Federal**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Gama, Distrito Federal, 2019. Disponível em: [https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/269/1/Aline%20Maciel\\_0002600\\_B%C3%A1rbara%20Roseno\\_0002461.pdf](https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/269/1/Aline%20Maciel_0002600_B%C3%A1rbara%20Roseno_0002461.pdf). Acesso em: 31 maio 2020.

PALHARES, V.C. *et al.* Avaliação da capacitação da enfermagem para atendimento da parada cardiorrespiratória. **Rev. enferm UFPE on line**, Recife, v.6, n.6, p.1516-23, Jun. 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/140741/ISSN1981-8963-2014-08-06-1516-1523-pt.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 06 mai. 2020.

POSSER, A. *et al.* Reanimação cardiopulmonar: características dos atendimentos realizados por um serviço pré-hospitalar móvel. **Rev. enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, Supl. 10, p.4019-26, out., 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Pessoa/Downloads/231161-75090-1-PB.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.

PRADO, H.M.T. *et al.* Avaliação da eficácia do treinamento à parada cardiorrespiratória da equipe multiprofissional de saúde. In: XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. **Anais**. Disponível em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2009/anais/arquivos/RE\\_0830\\_0383\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0830_0383_01.pdf) >. Acesso em: 25 jan. 2016.

SILVA, D.V. *et al.* Conhecimento de graduandos em enfermagem sobre Suporte Básico de Vida. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v. 29, n.2, p.125-133, 2015. Disponível em: [https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12648/pdf\\_126](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12648/pdf_126). Acesso em: 29 mai. 2020.

# Deficiência na formação em cuidados paliativos

*Claudia Feio da Maia Lima  
Ramona Garcia Souza Dominguez  
Amanda Santos Veiga Freire  
Natádina Alves Souza Campos  
Patrícia Figueiredo Marques*

## Introdução

Os cuidados paliativos representam parte essencial dos sistemas de saúde. Evidencia-se a sua relevância de forma mais concreta na observância dos efeitos do envelhecimento populacional global e conseqüente aumento dos números de casos de neoplasias malignas e outras Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), responsáveis por, aproximadamente, 80% das mortes nas Américas (OMS, 2014; PAHO, 2019).

Essa linha de cuidados consiste em uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida de pacientes diante de problemas associados às doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, mediante a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2014). Estima-se que cerca de 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos por ano, número que sobe para 100 milhões considerando os cuidados à família (OMS, 2014; VICTOR, 2016).

Apesar de sua indispensabilidade, os cuidados paliativos não estão disponíveis em todos os países do mundo, sendo mais desenvolvido na América do Norte, Europa e Austrália em termos de acesso e integralidade dos serviços. Dentre os obstáculos apontados pela OMS para melhoria do acesso aos cuidados paliativos estão as barreiras sociais e culturais associadas ao fim de vida

e o conhecimento insuficiente de seus princípios e práticas pelos profissionais de saúde (OMS, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2019). Evidencia-se, dessa forma, a deficiência na abordagem dessa temática durante o processo formativo desses sujeitos.

No Brasil, as grades curriculares profissionalizantes na área de saúde, com destaque dos cursos de enfermagem e medicina, ainda não abordam os cuidados paliativos de forma obrigatória e transversal, sendo insuficiente para a preparação do estudante em lidar com situações desencadeadas pelo adoecimento crônico e terminalidade. Observa-se ainda que durante a formação predomina a hipervalorização dos fundamentos técnicos e da luta pela vida à qualquer custo, enquanto as questões que envolvem a morte e a aplicação prática da concepção holística do ser humano são, muitas vezes, negligenciadas. Estes fatores culminam em um importante *déficit* na formação acadêmica, uma vez que a assistência em cuidados paliativos exige um preparo apropriado e o desenvolvimento de habilidades técnicas, emocionais e de um olhar humanizado para com as necessidades dos pacientes e seus familiares (GONÇALVES *et al.*, 2019; ORTH *et al.*, 2019).

Diante deste contexto, o presente estudo teve como objetivo contextualizar a necessidade de ampliar a temática de cuidados paliativos nos cursos de graduação em enfermagem e medicina, como meio de reconhecimento dessa área de conhecimento para o cuidado humano.

## **Método**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, que teve como objeto de estudo 44 acadêmicos de uma Instituição de Ensino Superior (IES) Federal - 23 do curso de Enfermagem e 21 de Medicina. Estabeleceram-se como critérios de elegibilidade os participantes serem acadêmicos com idade igual ou superior a 18 anos, regularmente matriculados nos Cursos de Enfermagem e Medicina e a partir do sexto semestre.

A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2019 e janeiro de 2020, por meio de entrevista semiestruturada. O instrumento de coleta foi composto por dados de identificação dos participantes (idade, sexo, curso de graduação, semestre, ano de ingresso e religião) e perguntas abertas referentes à abordagem do tema durante o processo formativo e se o participante se considera preparado para o cuidado de um paciente com doença fora da possibilidade terapêutica.

A verificação do conteúdo das entrevistas seguiu o caminho da análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), considerando as etapas de pré-análise (organização e transcrição do material coletado); exploração do material (leituras sucessivas para extração das principais ideias expressas); sintetização dos dados e construção das categorias (agrupamento dos elementos obtidos segundo suas semelhanças). Refletiu-se, neste trabalho, sobre a deficiência na formação acadêmica de enfermeiros e médicos acerca dos cuidados paliativos, enquanto categoria emergente da análise das falas dos participantes. Essa categoria foi distribuída em duas subcategorias, a saber: 1) Déficit de conhecimento acerca dos cuidados paliativos durante a graduação e 2) Estratégias para inclusão dos cuidados paliativos no processo formativo de Enfermagem e Medicina.

Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, sob CAAE nº 95097218.0.0000.0056. O anonimato dos participantes foi mantido, de modo que seus nomes foram substituídos pelas letras AE (acadêmico de enfermagem) ou AM (acadêmico de medicina): AE1,... AE23 e AM1,... AM21.

## **Resultados e discussão**

Dos 23 acadêmicos de enfermagem, 20 (87,0%) eram do sexo feminino e 03 (13,0%) masculino, com variação de idade entre 19 e 51 anos. Quanto à religião: 07 (30,4%) identificaram-se como protestantes; 11 (47,9%) católicos; 03 (13,0%) espíritas e 02 (8,7) sem

religião. Dentre os religiosos, 11 (52,4%) praticantes, 06 (28,6%) não praticantes e 04 (19,0%) não responderam. Em relação ao período que cursavam no momento da coleta, 08 (34,8%) estavam no sexto semestre, 11 (47,8%) no sétimo, 01 (4,4%) no oitavo e 03 (13,0%) no nono.

Dos 21 acadêmicos de medicina, 15 (71,4%) eram do sexo feminino e 06 (28,6%) masculino, com idade entre 21 e 39 anos. No quesito religião: 11 (52,4%) protestantes; 04 (19,0%) católicos; 02 (9,6%) de outras religiões (messiânica e pagã) e 04 (19,0%) sem religião. Dos religiosos, 09 (52,9%) praticantes, 01 (5,9%) não praticante e 07 (41,2%) não responderam. Em relação aos semestres em curso: 04 (19,0%) eram do sexto semestre; 02 (9,5%) do sétimo; 03 (14,3%) do décimo; 02 (9,5%) do décimo primeiro; 01 (4,8%) do décimo segundo; 08 (38,1) no internato (13º e 14º semestres) e 01 (4,8%) não informou.

### Conhecimento em cuidados paliativos

Os acadêmicos de enfermagem e medicina destacaram que os cuidados paliativos não são trabalhados adequadamente durante o processo formativo. E a falha nessa abordagem teórica, inexistente ou pontual, gera um movimento individual de busca desses conhecimentos ou completa alienação, contribuindo para a sensação de despreparo e insegurança na assistência prestada pelo estudante, como pode ser apreendido das falas:

[...] minha formação não me preparou de forma adequada para lidar com isso (AM12).

[...] a formação que estou tendo não aborda com a devida frequência e profundidade sobre a temática de cuidados paliativos, ficando apenas nos poucos comentários de alguns professores. Creio que haverá dificuldade no acompanhamento dos casos de pessoas nesse estado de terminalidade de vida (AE15).

Teoricamente pelo estudo de iniciativa própria, tenho alguns conhecimentos sobre como se comportar, objetivo e importância dos cuidados paliativos. No entanto na prática tenho receio de como abordar o paciente (AE16).

Evidenciou-se a insuficiência na abordagem dos cuidados paliativos durante a graduação, com destaque para a existência de dificuldades básicas mesmo na prática de acadêmicos dos últimos anos de formação.

[...] às vezes a gente vem achando que a conduta de um cuidado, por exemplo, paliativo, seja uma falta de cuidado com o outro, dizer “não, está deixando morrer” (AM5).

Já passei, como eu falei, por uma situação onde as duas pessoas não tinham possibilidade de cura, mas eu não tinha conhecimento pra poder lidar com a situação (AE11).

A dificuldade que eu tenho é saber definir quando é que a gente deve parar de investir ou não em uma vida. Qual é o ponto chave de dizer: não, agora é a hora de paliar (AM19).

De fato, os discentes são expostos a pacientes com necessidades de cuidados paliativos, pois a realidade epidemiológica brasileira revela grande carga de doenças crônicas e mortalidade por câncer, sendo inevitável que estudantes e profissionais de saúde precisem atender indivíduos com necessidades de cuidados paliativos. As falas relevam esse conteúdo e apontam os desafios enfrentados pelos discentes diante desses casos, sem saber o que fazer pela falta de conhecimento dos princípios e critérios de elegibilidade dos cuidados paliativos, gerando conflitos que acabam sendo internalizados e não resolvidos.

Ao analisar as matrizes curriculares de 49 Instituições de Ensino Superior (IES), Alves (2016) evidenciou que apenas uma apresentava disciplina obrigatória sobre cuidados paliativos e três possuíam disciplinas optativas. O autor ainda destaca que 29 IES não mencionavam a temática em seu projeto pedagógico, seja como componente específico ou dentro de temas afins - tanatologia e oncologia.

Pesquisa realizada com estudantes de enfermagem e medicina de uma Universidade Federal apresentou resultados que corroboram os achados do presente estudo, uma vez que os acadêmicos entrevistados enfatizaram a escassez da temática no processo formativo, sendo necessária a busca de atividades

extracurriculares que minimizassem essa falta de conhecimento (COSTA; POLES; SILVA, 2016). Percebe-se, nesse sentido, a urgência na reformulação das grades curriculares para formação de profissionais aptos ao cuidar dos pacientes com indicação de cuidados paliativos, o que irá se refletir na disponibilidade dessa assistência aos indivíduos que enfrentam doenças que ameaçam a vida nos diversos cenários do sistema de saúde.

Ademais, alguns acadêmicos apontaram a necessidade de associação da teoria com a prática para a consolidação desses conhecimentos. As falas dos estudantes do último ano de medicina ressaltam que o contato com as experiências práticas suscitaram questões acerca dos cuidados paliativos, mas esse tema não foi abordado nas disciplinas que antecederam o internato.

[...] eu não me sinto preparada só com essa formação básica que eu tive até agora na universidade, porque eu acredito que ainda é muito na teoria. A gente precisa ter um pouco mais de prática para entender, se colocar mais no lugar do paciente ou da família, pra gente saber o que fazer (AE22).

Eu vim aprender melhor aqui (hospital), mas na graduação mesmo antes do internato não é, no ciclo clínico eu tive muito pouco contato com esse tema, de verdade (AM2).

[...] eu só conheci o que era palição hoje como eu conheço no rodízio de clínica médica [...]. Antes de entrar para o internato, sabia-se que existia, mas a gente nunca sentou pra discutir o que era na verdade o cuidado paliativo e as coisas que o envolviam [...] (AM15).

Nesse sentido, Costa, Poles e Silva (2016) mencionam que, para além dos conteúdos teóricos trabalhados, os acadêmicos conseguem desenvolver habilidades técnicas e emocionais mediante a realização de visitas a pacientes em palição, sendo que as atividades práticas são um diferencial na formação de um profissional com expertise para os cuidados paliativos.

Entende-se que a formação do enfermeiro e do médico compreende atividades teóricas, práticas e estágios, a fim de aproximar o estudante da realidade dos serviços de saúde e do “saber” e “fazer” desses profissionais. Outrossim, o contato com pacientes

que enfrentam doenças ameaçadoras da vida e a necessidade de controle adequado de sintomas físicos, emocionais e espirituais são situações presentes nesses cenários de aprendizado, mas podem se tornar invisíveis diante de um olhar voltado para o tecnicismo médico e de enfermagem.

Os cuidados paliativos compreendem uma assistência integral que perpassa todas as fases do ciclo de vida, incluindo atenção à saúde perinatal, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, em todos os seus níveis (primário, secundário e terciário). Esse aporte teórico-prático permite um olhar sensível de discentes e docentes para a identificação das dificuldades enfrentadas diante dessa assistência, possibilitando a resolução dessas questões ainda na graduação.

### Cuidados paliativos e formação

Em 2015, Reino Unido e Austrália ocuparam, respectivamente, a primeira e segunda posição no *ranking* de Qualidade de Morte dentre os 80 países analisados (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015). Essa classificação apresenta grande coerência com o cenário que envolve essas nações. O Reino Unido é apontado como berço do desenvolvimento moderno do movimento *hospice*, enquanto que na Austrália existe forte investimento governamental em projetos como o *Palliative Care Curriculum for Undergraduates*, que visa incluir os cuidados paliativos como parte integrante dos cursos de enfermagem e medicina (MARCUCCI *et al.*, 2016). Em contraponto, o Brasil ocupou a 42ª posição.

Estes dados revelam a importância do fomento à inserção dos cuidados paliativos nas grades curriculares, sendo este um fator crucial para uma saúde pública de qualidade. No presente estudo, os acadêmicos apontaram a necessidade da abordagem dessa temática e elencaram diferentes estratégias para a sua discussão no processo formativo, como evidenciado pelos fragmentos de fala abaixo:

Na forma de um componente que integre bem teoria e prática (AM7).

Acho que deveria haver um componente obrigatório de cuidados paliativos, que conseguisse promover de alguma forma o contato dos estudantes de graduação com pessoas que vivem em cuidado paliativo (AE15).

Eu acredito que seria importante uma optativa voltada aos cuidados paliativos, no qual trouxesse como deveria ser o processo de enfermagem nesse tipo de cuidado e também trazendo para o próprio enfermeiro como lidar com essa fase da vida e também com o momento da morte. (AE17).

Ainda, os acadêmicos sugeriram a exploração do conteúdo de modo longitudinal e transversal.

A gente vê saúde da mulher, pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, medicina de família e comunidade, média e alta complexidade [...] e os cuidados paliativos acabam sendo algo transversal que perpassa por todas as áreas [...]. Eu acho que essa discussão tem que adentrar esses componentes (AM18).

Poderia se fazer uma integração entre os conhecimentos de cuidados paliativos e terminalidade com os de práticas integrativas e complementares, para que elas sejam trabalhadas com esses pacientes, a fim de proporcionar uma maior qualidade de sobrevivência a esses pacientes (AE23).

Destaca-se que os cuidados paliativos apresentam um vasto conteúdo e devem ser explorados de maneira interdisciplinar ao longo do processo formativo, com uma abordagem mais ampla e permanente. Possibilita-se, dessa forma, o aprimoramento dos conhecimentos, a desconstrução de concepções equivocadas e o reconhecimento da importância da equipe multiprofissional, bem como a associação dessa linha de cuidados com outras especialidades (COSTA; POLES; SILVA, 2019). A oferta de componentes curriculares optativos pode ser uma estratégia imediatista e reparadora a ser adotada pelos cursos, mas não garante, de maneira uniforme e transversal, que esses conteúdos sejam apreendidos por todos os estudantes. Reforça-se, nesse contexto, a importância da abordagem do tema nas diferentes áreas de conhecimento que integram a formação do enfermeiro e do médico.

Ademais, como demonstraram as falas abaixo, existe a necessidade de ambientação com os serviços de assistência paliativa e maior dinamicidade no processo de aprendizagem.

Eu acho que a forma com que for trabalhar aproxime mais da realidade, busque maneiras mais dinâmicas de ensinar, sair um pouco dos livros (AE6).  
Eu acho que o imprescindível seria aproximar agente da realidade do que acontece nos serviços de saúde (AM9).

Demonstrou-se, em estudo realizado no Reino Unido, que a realização de simulações de intervenções na terminalidade apresentou impactos positivos na formação de estudantes de enfermagem e medicina de uma Instituição de Ensino Superior, quanto aos cuidados de fim de vida através dessa experiência prática (LEWIS *et al.*, 2016). Para tanto, deve-se refletir sobre a formação dos docentes, entendendo que os cuidados paliativos ainda são considerados um tema emergente no Brasil e nas Universidades. Essas lacunas de conhecimento podem e devem ser preenchidas, motivadas por uma necessidade imperiosa de atualização constante dos cursos de graduação para responderem às demandas do mercado de trabalho que absorverá esses egressos na condição de trabalhadores. Importante destacar também o lado subjetivo implícito nessa relação de ensino-aprendizagem.

Questões de cunho subjetivo foram abordadas como intrínsecas ao ensino dos cuidados paliativos, tais como a espiritualidade, discussão sobre a morte e a compreensão da vida, importantes para desmistificação da atuação profissional.

Acho que poderia ser abordado, afirmando ou nos fazendo pensar sobre a questão espiritual, porque a fé, seja lá no que cada um tenha, nos faz ter muito mais segurança sobre o que é a morte, então, quando eu entendo o que ela é, torna-se muito mais fácil lidar com a morte de outra pessoa (AE18).

[...] eu acho que é fundamental você discutir o que é realmente morte e [...] o que é a vida. [...] O que quer dizer quando um paciente está vivo? [...] porque a gente entende a vida como nosso sucesso nê, e [...] é como se o morrer do paciente fosse o nosso fracasso [...] porque a gente tem apego à vida (AM4).

O surgimento de tais questões está intrinsecamente ligado a uma graduação pautada, desde o princípio, na supervalorização da vida em detrimento de discussões que naturalizem o processo de morte e o morrer (BRITO *et al.*, 2020), aspecto primordial para o processo de desconstrução da negação desse fenômeno fisiológico e, por conseguinte, rompimento da associação morte-fracasso profissional.

Frente a este cenário, reitera-se mais uma vez a urgência da abordagem dos cuidados paliativos durante a formação profissional dos trabalhadores da saúde, em prol não apenas da oferta de uma assistência adequada ao paciente paliativo, mas também pensando no desenvolvimento de habilidades emocionais por essa classe profissional e manutenção da saúde mental, diante do reconhecimento de seu papel no cuidado.

### **Considerações finais**

Evidenciou-se que os cuidados paliativos são abordados de forma insuficiente, pontual e inadequada no processo formativo dos estudantes de enfermagem e medicina da instituição de ensino estudada, contribuindo para a insegurança e desconforto ao lidar com pacientes em situações de terminalidade ou submetidos a tratamento não modificador da doença. Esse cenário reforça as falhas no cuidado integral à pessoa humana, contribuindo para a desassistência no processo de morte/morrer, assim como para o surgimento de conflitos individuais pelo despreparo técnico-científico e emocional.

Esses achados revelam a urgência da reformulação das grades curriculares nos cursos de graduação em enfermagem e medicina, pelo entendimento que as competências, habilidades e conteúdos a serem adquiridos nesse nível de formação devem ser suficientes para conferir-lhes capacidade acadêmica e profissional. Considera-se ainda que a inclusão dos cuidados paliativos nesse processo formativo tem o papel de garantir-lhes a capaci-

tação adequada para o atendimento das demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o panorama epidemiológico do país e consoantes com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

## Referências

ALVES, M. A. **O Ensino de Cuidados Paliativos nas Faculdades Públicas Federais de Graduação em Enfermagem no Brasil**: uma análise da situação atual através dos currículos. 2016. 104f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Faculdade de medicina, Universidade do Porto, Porto, 2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/88721/2/169156.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

BARDIN, L. Organização da análise. In: \_\_\_\_\_. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. cap. 3, p. 123-131.

BRITO, P. C. C., *et al.* Reflexões sobre a Terminalidade da Vida com Acadêmicos de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 44, n.1, p. 1-6, mar. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbem/v44n1/pt\\_1981-5271-rbem-44-01-e033.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbem/v44n1/pt_1981-5271-rbem-44-01-e033.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-52, maio, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n59/1041-1052/>. Acesso em: 15 maio 2020.

THE ECONOMISTINTELLIGENCE UNIT. **The 2015 Quality of Death index: ranking palliative care across the world**. Disponível em: <https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Infographic.pdf>. Acesso em: 19 maio 2020.

GONÇALVES, R. G. *et al.* Ensino dos cuidados paliativos na graduação de enfermagem. **Rev. Rene**, v. 20, n. 1, p. 1-10, jan./dez. 2019.

Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/39554>. Acesso em: 14 maio 2020.

LEWIS, C., *et al.* The impact of a simulated intervention on attitudes of undergraduate nursing and medical students towards end of life care provision. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 67, p. 1-6, ago. 2016. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12904-016-0143-2>. Acesso em: 18 maio 2020.

MARCUCCI, F. C. I., *et al.* Integração dos cuidados paliativos no sistema de saúde: o modelo australiano e aprendizados para a implementação no Brasil. **Rev. de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n.1, p. 56-64, jul. 2016. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/366>. Acesso em: 18 de maio 2020.

ORTH, L. C., *et al.* Conhecimento do acadêmico de medicina sobre cuidados paliativos. **Rev. Bras. Educ. med.**, Brasília, v. 43, supl. 1, p. 286-95, jan. 2020. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100=55022019000500286-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100=55022019000500286-&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 maio 2020.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **NCDs at a glance: Noncommunicable disease mortality and risk factor prevalente in the Americas**. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51696>. Acesso em: 13 maio 2020.

VICTOR, G. H. G. G. Cuidados Paliativos no Mundo. **Rev. bras. Cancerol.**, v. 62, n. 3, p. 267-70, jul./set. 2016. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_62/v03/pdf/11-resenha-cuidados-paliativos-no-mundo.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/11-resenha-cuidados-paliativos-no-mundo.pdf). Acesso em: 18 maio 2020.

WORLD PALLIATIVE CARE ALLIANCE; **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. **Global atlas of palliative care at the end of life**. 2014. Disponível em: [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf). Acesso em: 13 maio 2020.

# Valores humanos e PICS

*George Mariane Soares Santana*

*Claudia Feio da Maia Lima*

## Introdução

A vida cotidiana de estudante universitário determina, de fato, fatores internos e externos para o estresse. Diversos gatilhos acionam estados ansiogênicos e se faz premente a necessidade de estratégias para resolução dessa condição. Considerada como a doença do século, a ansiedade, sobretudo excessiva, pode dar origem a diversos problemas de saúde mental e a respostas psicossomáticas indesejáveis. Nesse contexto, destaca-se a depressão que determina indelével impacto para o desempenho acadêmico e a qualidade de vida do estudante, bem como para os que o cercam.

A ansiedade tem origem no termo grego *anshein*, que significa estrangular. O termo correlato, angústia, origina-se do latim *angor*, que significa opressão ou falta de ar, e de *angere*, que traduz causar pânico, oprimir, fechar a boca (BALOONE, 2009). Levando-se em conta o aspecto técnico, deve-se entender a ansiedade como um fenômeno que, ora nos beneficia, ora nos prejudica, dependendo das circunstâncias e intensidade, tornando-se patológica muitas vezes, isto é, prejudicial ao nosso funcionamento psíquico (mental) e somático (corporal). A ansiedade estimula o indivíduo a entrar em ação, porém, em excesso, faz exatamente o contrário, impede-o de agir (LIPP, 2003).

Ao perceber níveis de ansiedade e angústia na comunidade acadêmica em formação em saúde, nasce em 2007 o projeto de extensão intitulado "Cultura: valores humanos e arte na uni-diversidade", oriundo do Programa de Vivência Comunitária da PROPAAE, com foco na comunidade do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB), cujo obje-

tivo era fomentar a integração social da comunidade do CCS pela via da cultura, arte e dos valores humanos, com trocas de saberes e experiências. Na época, o projeto foi capitaneado pela professora Djenane Brasil da Conceição, psicóloga de formação e atenta às necessidades de ampliação da consciência e melhoramento das relações interpessoais e institucionais. Convida, assim, dois docentes para elaborarem um projeto para usar o contra turno de expediente da instituição e compartilhar saberes não explícitos nos currículos convencionais. Nesse momento, desvelam-se currículos ocultos, nos quais experiências pessoais, dentro da trajetória singular de cada sujeito, falam por si.

A participação docente se deu por eixo de propriedade intelectual. A mentora da iniciativa trouxe sua vasta experiência em trabalhar o corpo a partir da dança, sendo o *jazz* a sua vertente mais elaborada, destinando um dia da semana para reunir livremente pessoas interessadas nessa prática. Profa. Darcy Santos de Almeida, por sua vez, também contribuiu com práticas corporais, trazendo a atividade física como possibilidade de trabalhar a anatomia corporal em práticas de exercícios físicos semanais. Fez aquisição de macas de *jumping* e estabeleceu atividades regulares de alongamento e consciência corporal. Eu, como interessado, completo o grupo trazendo práticas de valores humanos e introdução às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Na oportunidade, reuniam-se pessoas com interesse em conhecer sobre meditação, aromaterapia, cromoterapia e outras dinâmicas para trazer o sujeito à consciência de alma e promoção do automelhoramento e expansão da consciência.

Os valores humanos são fundamentos morais e espirituais da consciência humana. Todos os seres podem e devem tomar conhecimento dos valores a eles inerentes. Muitas causas que afligem a humanidade estão na negação destes valores como suporte e inspiração para o desenvolvimento integral do potencial individual e, conseqüentemente, social. A vivência dos valores alicerça o caráter e reflete na conduta como uma conquista

espiritual da personalidade. Para um profissional/homem conduzir com sucesso a sua vida é preciso percorrer, lado a lado, com os seus valores humanos, a sua escalada e trajetória neste mundo. Os valores humanos são virtudes inerentes ao ser e requerem uma progressiva aproximação no seu exercício cotidiano - honestidade, verdade, justiça, ética, discernimento, disciplina, coragem, integridade, paz, autoestima, autocontrole, autoconfiança, autoaceitação, respeito, desapego, amor, dentre tantos outros (ROS, 2006).

Exercer uma cultura de valores resgata o que nos torna humano. Vive-se em uma era violenta, há violências cada vez maiores e mais frequentes e veem-se, quotidianamente, manifestações de violência. A violência entra em nossas casas, muda nossa vida, nossos valores, nossas famílias e nossos comportamentos. Ela é um sinal, um sintoma de uma sociedade que não criou apreço pelos valores e acabou formando adultos sem referenciais de cidadania e respeito pelo próximo, por isso, marca a exclusão em uma sociedade (GOMES, 1997).

A vertente dos valores humanos compondo o projeto foi influenciada pelos princípios da Universidade Espiritual Brahma Kumaris, Organização Não Governamental (ONG), sem fins lucrativos, criada na Índia em 1937. Difunde sua filosofia em mais de 20 países no mundo, incluindo o Brasil. Tem papel de caráter consultivo na Organização das Nações Unidas (ONU), em ações favoráveis à paz mundial, alicerçando seus fundamentos filosóficos na direção da melhoria da qualidade de vida pessoal e coletiva, por meio da otimização das relações interpessoais em base à cultura dos valores humanos. Incentiva práticas de meditação, culinária vegetariana, cursos de meditação prática e da filosofia Raja Yoga, como pensar positivamente, retiros espirituais para mulheres, crianças, idosos e programas específicos - Vivendo Valores na Escola e Vivendo Valores na Saúde para ampliar o autoconhecimento (BRAHMA KUMARIS, 2020).

Desta forma, quando se fala em valores humanos, na perspectiva de fundamentar a formação do indivíduo no intuito do

autoconhecimento, pensa-se na inserção destes saberes como uma rotina permanente de checagem do conhecimento sobre os valores humanos inatos pela prática de discussões, oficinas, dinâmicas de grupo, reflexões, nas quais a arte é um instrumento imprescindível de veiculação das informações.

Ao longo dos seis anos iniciais do projeto, houve impactos pela percepção da fidelidade de seus participantes, frequentadores dos encontros. Para não haver choques com as atividades regulares de ensino, extensão e pesquisa, ao longo da semana foram acontecendo as oficinas com muitos participantes e abordagem específica para cada encontro. A partir de 2013, apenas o eixo de valores humanos e PICS manteve-se ininterrupto ao longo desse itinerário formativo, com manutenção das atividades até hoje.

No sentido de dar mais alcance ao projeto, cadastrou-se, agora, como Programa de Extensão intitulado "Valores humanos e Práticas Integrativas Complementares em uma perspectiva de atenção integral à saúde", sob a minha coordenação. Em consonância com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS) ampliaram-se as abordagens, iniciando uma trajetória de crescimento ascendente da experiência em estabelecer uma ligação entre teoria e práticas, no interesse de promover aproximação com as técnicas e seus efeitos, para discussão aprofundada dos valores humanos e das questões surgidas no grupo. Esse momento promovia processo psicoterapêutico grupal, no qual a musicoterapia, meditação, cromoterapia, aromaterapia, terapia de constelação familiar, floral terapia de Bach, Terapia Reiki eram desenvolvidas para o funcionamento e manutenção do grupo. A metodologia da liberdade para o comparecimento aos encontros era uma condição prévia e partia-se do pressuposto de que o conhecimento era mútuo e extensivo entre todos, com sentimentos de acolhimento sempre, gerando conforto e possibilidade de avanço para suas questões internas mais conflituosas. Logo, nessa modalidade viu-se a longevidade do Programa, também pela cooperação de muitos docentes, técnicos administrativos,

discentes e munícipes de Santo Antônio de Jesus (SAJ), com laços continuamente fortalecidos.

## **Método**

Os encontros sempre ocorreram semanalmente, para gerar uma transformação do ambiente convencional de sala de aula, com redução da luz ambiente, introdução de *spots* de cromoterapia, aspersão de aroma de ambiente e música. As cadeiras da sala ficam em semicírculo, onde todos se veem sem a sobreposição dos participantes. A manutenção do silêncio é imprescindível para otimizar a sensopercepção e gerar tranquilidade e harmonia. São usados recursos didáticos – slides – com exposição de imagens que mostrem uma capacidade de afetação e cinestesia para imersão em conteúdos de diferentes naturezas humanas. A divulgação dos encontros semanais acontece por meio de um *card*, no qual é divulgado o tema, a data, a hora, o local e a moeda de troca, representada por algum dos valores humanos, esteio da discussão do momento.

As pessoas são livres para expressar o que pensam, além de suas dúvidas e as contribuições acerca do tema. A crítica é abolida e uma postura indulgente é estimulada para que os potenciais do outro sejam sublinhados, assim, torna-se responsabilidade do grupo amparar a todos, iniciar um processo de escuta atenta a tudo que é exposto com a palavra e a emoção. O ambiente vai proporcionando uma atmosfera diferenciada e o grupo torna-se uma sanga, ou seja, palavra em sânscrito que se refere a uma comunidade com um propósito comum, no qual os participantes podem expor suas dores, aprender e ampliar sua consciência sobre processos pessoais e encontrar melhores formas de lidar, ressignificar e livrar-se de hábitos deletérios à vida. A marca do grupo é o amparo mútuo de quem está a cada encontro, sendo a humanidade de cada um valorizada e colocada em ênfase.

Em destaque, o Curso de Graduação em Enfermagem sempre se fez presente no grupo, justificado pela natureza de sua formação ampliada, que se volta à arte do cuidar em uma perspectiva

transpessoal, estimulando o olhar humanizado no seu processo de trabalho. Muitas outras áreas também aderiram – Nutrição, Psicologia, Medicina, Bacharelado em saúde – tornando o encontro multi e interprofissional.

O grupo tem a prática de reafirmar a promoção do uso de tecnologias relacionais leves, que permitam a retomada da consciência de nossa integralidade, assim como possibilitar um espaço psicoterapêutico coletivo, já que nem todos têm a oportunidade de fazer intervenções terapêuticas individuais.

## **Desenvolvimento**

### Identidade do programa

As PICS são incentivadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério de Saúde (MS), por meio da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. A medicalização e a forma de atendimento médico alopático não solucionam todas as manifestações do corpo físico, emocional, mental e espiritual de pessoas enfermas. As PNPICS estimulam a discussão, implementação e o fortalecimento das PICS no Sistema Único de Saúde (SUS), via Atenção Básica (AB), o que fortalece o Programa quando lança a perspectiva de fomentar um espaço de aproximação para experencia-las e fortalecer a sua aplicabilidade em um contexto prático.

As PICS oferecem oportunidade de realizar uma “Reforma Íntima”, caracterizada por um processo contínuo de autoconhecimento da nossa intimidade espiritual e pressupõe uma caminhada idiossincrática que deve ser respeitada. Assim, o ser humano é parte ativa de sua própria promoção de saúde, pois a partir da relação consigo, com o espiritual e o mundo passa a ser ativo na ressignificação de hábitos, atitudes, pensamentos e da forma com que estabelece suas relações interpessoais e intrapessoais. Portanto, problemas de saúde – ansiedade, ideação suicida, depressão, dependência química – são fonte de diálogos externos e internos, e o ser é implicado na sua autotransformação. Ao buscar conhe-

cer a si mesmo, limitações, talentos e habilidades, recursos internos surgem e fortalecem, por meio da aprendizagem, o lidar com situações estressoras e condutas autodestrutivas (KWITKO, 2011).

Entretanto, Kwitko (2011) relata ser necessária a consciência humana sobre os efeitos das suas escolhas, pois é a iniciativa individual e pessoal de modificar seus padrões, hábitos e suas atitudes que podem gerar uma verdadeira mudança. O ser humano tem que estar implicado em seu melhoramento, porque sem necessidade, consciência e desejo de transformar a si mesmo, os recursos externos não conseguem ser eficientes. Chama-se atenção que o referido Programa não se utiliza de conceitos como: certo, errado, verdade, mentira, culpa, pecado, mas de autoconhecer-se, aceitar-se e perceber-se num processo amplo, diário de lapidação, melhoria e evolução, ou seja, de educação interior gradual, contínua e idiossincrática.

A partir dessa perspectiva de automelhoramento, ampliar o estudo sobre os recursos ancorados pelas PICS é fundamental, para fazer com que a experiência sinestésica fosse de fato um motivador de uso futuro a ser incorporado em suas práticas pessoais e profissionais. Algumas práticas integrativas são aplicadas constantemente nos encontros do Programa como recurso terapêutico, conforme a seguir:

**Aromaterapia:** Aplica-se a um ramo da Fitoterapia. “Aroma” significa cheiro agradável e “terapia”, tratamento que visa a cura de uma indisposição mental ou física. É uma prática terapêutica que se utiliza das propriedades dos óleos essenciais 100% puros para restabelecer o equilíbrio e a harmonia pessoal. É utilizado de maneira individualizada e complementar aos tratamentos alopáticos convencionais ou homeopáticos, que visa o bem-estar global do sujeito e suas necessidades pessoais. Para cada pessoa é necessário realizar uma avaliação física e psicológica antes de definir qual caminho seguir. Os óleos escolhidos devem beneficiar não somente o físico, que muitas vezes apenas está respondendo a problemas psicológicos ou emocionais. Todos esses benefícios podem ser recebidos

através de massagens, banho, inalação, etc. Ao falar em inalação é preciso pensar que as propriedades desses óleos chegarão diretamente ao nosso sistema nervoso central, que irá processar as informações e enviar sinais para todas as partes do corpo, executando as informações recebidas. Os aromas usados nos encontros estimulam coragem, superação e reafirmação positiva (BRITO, 2013).

Cromoterapia: Constitui-se de uma ciência que utiliza a vibração das cores do espectro solar para restaurar o equilíbrio físico-energético em áreas do corpo que apresentam alguma disfunção. As propriedades terapêuticas de cada cor vão agir nos campos energéticos que compõe a anatomia espiritual - Chakras -, corrigindo e reativando o campo vibratório celular. É uma terapia holística por tratar o ser integralmente. Cada cor tem uma vibração específica, atuando desde o nível físico até os mais sutis. A aplicação de cada cor tem como finalidade suprir carências de determinadas vibrações energéticas no corpo e neutralizar o excesso de outras energias. A vibração de cada cor pode ser introduzida no corpo pelos alimentos, líquidos e sólidos solarizados, luz solar ou artificial, visualização de cores, roupas, ambientes, pedras e cristais. Nas reuniões do grupo é inserido um *spot* com cor na correspondência do trabalho da semana (PINTO, 2009).

Reiki: Técnica de origem japonesa para redução do estresse, relaxamento e promoção da cura. É transmitido através da "imposição de mãos" e baseia-se na ideia de que uma "energia vital" invisível flui através de nós e p o que nos faz estarmos vivos. Se o nível de "energia vital" está baixo, ficamos mais propensos às doenças ou à ansiedade. Se estiver alta, somos mais capazes de nos sentirmos felizes e saudáveis. Traz benefícios para muitas condições de morbidade, a citar as psicossomáticas, as autoimunes e as neurodegenerativas. Pode ser usado, complementarmente, em tratamentos convencionais para mitigação de efeitos colaterais e aceleração da recuperação. A experiência de usar a terapia Reiki no grupo tornou-se um grande motivador e despertou o desejo de alguns em serem iniciados nesse sistema (KING, 2000).

**Reflexologia:** Técnica de massagem terapêutica milenar, com capacidade de atender as dimensões físicas e psíquicas através do toque terapêutico, usando massagem com leve pressão aplicada em meridianos predeterminados guiados por um mapa, para promover a homeostase corporal. A reflexoterapia atua em quadros ansiogênicos, minimizando sintomas e proporcionando bem-estar geral, além de gerar uma resposta global dos órgãos acessados pelos meridianos correspondentes, através de micros reflexos que estabelecem o equilíbrio energético natural e o funcionamento harmonioso de todo o corpo. As sessões de reflexoterapia são antecedidas por relaxamento corporal. Em seguida, acessa diferentes sistemas, guiada por um mapa validado ao longo da anatomia corporal. A sessão é concluída com técnicas de relaxamento. A energia é desbloqueada, descongestionando tecidos e nervos, ajudando a eliminar toxinas e favorecendo a inata capacidade regenerativa do corpo. Pode ser usado para prevenir doenças, reduzir a dor, melhorar a qualidade de vida e tratar os próprios pés, recuperando-os quanto à mobilidade e elasticidade, por meio de manobras de alongamento, rotações e flexões (MEDEIROS, 2018).

**Yoga e Meditação:** Filosofia que trabalha o corpo e a mente, através de disciplinas tradicionais. Derivado da palavra em sânscrito "yuj", que significa "unir ou integrar", yoga é um conjunto de conhecimentos de mais de 5.000 anos. É harmonizar o corpo com a mente e respiração, pelas técnicas de respiração (pranayamas), posturas de yoga (ásanas) e meditação. A yoga trabalha as emoções, ajuda as pessoas a agirem de acordo com seus pensamentos e sentimentos, para trazer um profundo relaxamento, concentração, tranquilidade mental, fortalecimento do corpo físico e desenvolvimento da flexibilidade (TAVARES, 2009).

### **Ganhos do programa**

Depois dessa longa trajetória, em face de um aprendizado progressivo, hoje somam-se 13 anos de ação, com uma percepção muito exitosa, uma vez que inúmeros ganhos aconteceram: 1- Realizados quatro cursos de formação em REIKI para discen-

tes, docentes e profissionais de saúde do CCS/UFRB e UNEB, com progressão de formação ao longo dos itinerários, formando mais pessoas mestres em Reiki, modalidade que confere possibilidade deles iniciarem outras pessoas e fortalecerem esse movimento de geração de recursos humanos em PICS; 2- Um movimento interessante se dá na constatação do retorno de egressos para o grupo, mostrando uma fidelidade e necessidade de conexão com essa sanga contribuidora do desenvolvimento pessoal e profissional de muitos participantes; 3- O Programa estabelece uma capilaridade indistinta, permitindo com que a instituição acolha outras pessoas, mostrando que a divulgação possibilita a participação de outras pessoas interessadas pelos temas que são abordados; 4- Durante os eventos da Semana de Enfermagem, de maneira frequente e ótima adesão de discentes e docentes, oferta-se uma ação em forma de oficina, palestra de abertura ou encerramento para tratar de temas de Ciência e Espiritualidade, PICS; 5- Realização de oficinas e minicursos de Valores Humanos e PICS nas sucessivas edições do “Reencôncavo saúde”, atividade extensionista permanente do CCS, que oferece as boas-vindas para a comunidade acadêmica no início de cada novo semestre letivo; 6- Desde maio de 2013, na 6ª versão de um evento de saúde itinerante do CCS chamado SEMULPATO (seminário multiprofissional de Patologia) iniciou-se a inclusão de um ambulatório itinerante de Atenção Integral à Saúde com as PICS. A partir desse evento, percebeu-se que essa intervenção seria um dos eixos basilares dessa ação social. Dentro das práticas inclui-se a Terapia Reiki, Aromaterapia, Cromoterapia, Iridologia e Massoterapia, Reflexoterapia que passaram a transversalizar todas as edições sucessivas do SEMULPATO, hoje em sua 15ª edição, percorrendo cerca de quinze localidades distintas do Recôncavo Baiano e proximidades; 7- As atividades extensionistas devem sempre cumprir o papel de divulgação de suas ações extramuros do CCS/UFRB, então, o grupo fez diversas apresentações em eventos externos - II CONGREGPICS (discussão em fóruns, seminários e congressos); 8- Muitos

discentes que integram o Programa concluem seu curso usando as bases epistemológicas que aprenderam e se aproximaram ao longo dos encontros. Temas de TCC como “Práticas de cuidado à saúde e itinerários terapêuticos de pessoas de terreiro” emergiram durante uma abordagem inter-religiosa que o grupo vivenciou com a presença de mãe Nilza, célebre sacerdotisa do candomblé no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, quando da sua participação numa mesa sobre fitoterapia e uso de folhas sagradas no VIII SEMULPATO; 9- No último semestre (2019.2), realizaram-se 15 encontros com 164 participantes, nos quais foram trabalhadas as seguintes temáticas: Constelação Familiar, Biografia Transpessoal, Humildade, Pertencimento, Coragem, Reciprocidade, Fé, Confiança e Credulidade, Construção do Japamala, Iniciação de Reiki, Ser alma e ser luz, Meditação, Itinerários pessoais como oportunidade de autoconhecimento, Falando da alma e Alma da Calma.

### **Considerações finais**

Em consonância com a necessidade de curricularização da extensão, esse programa aponta para validação dessa prática no itinerário formativo das pessoas que o frequentam, sendo perceptível a diferença de conduta em suas posturas. São inúmeros os relatos da interferência do programa em seu *modus vivendis* e a ampliação de uma abordagem integral no manejo em saúde, promovendo novos axiogramas de humanidade, integralidade, ética e valores humanos. Essas observações retratam de maneira inequívoca, que esse Programa é uma oportunidade de ampliação da consciência de pessoas, oportunizando um momento de relaxamento depois de uma extenuante trajetória de trabalho, estudo e tantas tensões vividas. A hora do encontro já se tornou sagrada para os participantes fiéis, pelos benefícios físicos e mentais, pela melhoria nas relações interpessoais e o despertar para a necessidade de autoconhecimento como uma trajetória bela e desafiadora, capaz de influenciar a si e ao coletivo de forma extraordinariamente ímpar e geradora de saúde.

## Referências

BALLONE, G.J. Síndrome de Burnout. In: **PsiquWeb, Internet**. Disponível em: [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2005. Acesso em: 17 mar. 2009.

BRAHMA K. Disponível em: <http://www.brahmakumaris.org>. Acesso em: 08 jun. 2020.

BRITO, A.M.G *et al.* Aromaterapia: da gênese a atualidade. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 15, n. 4, supl. 1, p. 789-793, 2013.

PINTO, A.N.O. **Curas através da luz**. Salvador: Kiai, 1997.

TAVARES, G.M. *et al.* **Manual de yoga**. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa. MH edições Ed Abel Correia, 2009.

HANS, T. **Cura Profunda e transformação**: o novo manual de terapia regressiva. São Paulo: Ed. Lulu 2018.

ORIEL, A, KING, R. **Reiki para todos**: energia vital em ação. Salvador: Ed. Viva Livros, 2014.

KWITKO, M. **Psicoterapia reencarnacionistas**: terapia da reforma íntima. 5 ed. Porto Alegre: Ed. Besouro Box. 2017.

LIPP, M.N. Stress: evolução conceitual. In: **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 17-21, 2008.

ROS, M, GOUVEIA, V. V. **Psicologia social dos valores humanos**: desenvolvimentos teóricos, metodológicos e aplicados. São Paulo: Ed. Senac, 2006.

MEDEIROS, G.M.S; SASSO, G.T.M.D; SCHLINDWEIN, A.D. Resultados da reflexoterapia na dor lombar aguda da equipe de enfermagem: ensaio clínico randomizado controlado. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 305- 309, Dec. 2018.

MESQUITA, M.F.N.. **Valores humanos na Educação**. São Paulo: Ed. Gente, 2003.

# Infarto do miocárdio e dislipidemia: cirurgia cardíaca

*Patrícia Veiga Nascimento*

*Lais Barros Ribeiro*

*Djanilson Barbosa dos Santos*

*Monneglesia S. Lopes Cardoso*

*Ana Paula Santos de Jesus*

*Jessyka Santos Ferreira*

*Simone Letícia Souza Querino*

## Introdução

As doenças cardiovasculares (DCVs) lideram os índices de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo. Em 2018, ocorreram 357.770 mortes subsequentes de doenças do aparelho circulatório, no Brasil e na Bahia, esse quantitativo foi de 22.172. Em 2019, o número de internações, no Brasil e na Bahia, foi de 1.178.095 e 74.199, respectivamente (DATA SUS, 2019). Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares, em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global. Desses óbitos, calcula-se que 7,4 milhões ocorrem devido às doenças cardiovasculares e, 6,7 milhões, por acidentes vasculares cerebrais (AVCs) (OPAS,2020).

Diferenças regionais influenciam na caracterização do processo de adoecimento da população e as regiões brasileiras Norte e Nordeste concentram as piores situações em relação a anos de vida perdidos por incapacidades associadas às DCVs. Esse fato pode ser explicado pelas suas piores condições de vida e de acesso aos serviços de saúde em relação a outras regiões, o que dificulta o controle dos fatores de risco para o tratamento dos diversos grupos de doenças (MELO *et al.*, 2019). Entre as doenças mais prevalentes, o infarto agudo do miocárdio (IAM), tem destaque pelo seu grau de complexidade e seus custos em relação aos tratamentos.

O IAM caracteriza-se pela morte das células musculares que compõem o músculo cardíaco. As artérias que abastecem de sangue a musculatura cardíaca obstruem-se, na maioria das vezes, por um pequeno trombo (coágulo sanguíneo). Esses trombos são formados, comumente, dentro dessas artérias já estreitadas pela aterosclerose que, por sua vez, ocorre pelo acúmulo de placas de lipídios aderidas ao longo dos vasos sanguíneos (PESARO *et al.*, 2004; SOUZA *et al.*, 2014).

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é considerada o padrão-ouro no tratamento da doença coronariana multiarterial, sendo a principal alternativa para melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevivência em pacientes que não respondem a intervenções terapêuticas farmacológicas ou invasivas como a angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP). Essa cirurgia tem sido indicada em pacientes com doença multiarterial coronária e de condição clínica mais grave (SIMÃO e cols., 2014).

A dislipidemia é propulsora da aterosclerose, doença inflamatória que ocorre em resposta ao ataque endotelial e acomete, principalmente, a camada íntima das artérias de médio e grande calibre representando um dos importantes fatores de risco cardiovasculares (FRCV), sendo que a lipoproteína de baixa densidade, colesterol (LDL-c), é o mais relevante fator de risco modificável para doença arterial coronária (DAC). Terapias com hipolipemiantes demonstraram que níveis mais baixos de LDL-c associam-se à redução proporcional de desfechos cardiovasculares (CV) incluindo infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e morte cardiovascular (TRIALISTS, 2010). A identificação dos fatores de risco relacionados à doença cardiovascular (DCV) torna-se fundamental para mobilizar a mudança de comportamento das pessoas.

A partir dessa problemática, verifica-se a importância de uma equipe sincronizada no que se refere à assistência e à tomada de decisão, tendo a enfermagem um papel fundamental nesse contexto do cuidado, pois, na maioria das vezes, é o primeiro profissional com que o paciente tem contato no serviço de saúde.

Este estudo justifica-se por possibilitar a socialização de resultados sobre a primazia da forma mais grave da doença arterial coronariana, que é o IAM, apontar a prevalência da dislipidemia no pré-operatório de cirurgia cardíaca, além de alicerçar a elaboração de programas de prevenção, controle e tratamento de pessoas acometidas por esse FRCV e seus agravos cardiovasculares. O objetivo da pesquisa é descrever a prevalência do infarto agudo do miocárdio e da dislipidemia em pacientes no pré-operatório da cirurgia de revascularização do miocárdio.

### Infarto agudo do miocárdio

Entre as doenças cardiovasculares, a doença arterial coronária (DAC) tem elevada incidência e, entre as suas repercussões, estão a angina pectoris, o infarto agudo do miocárdio, (insuficiência cardíaca congestiva e morte súbita. A nomenclatura infarto agudo do miocárdio descreve a degeneração dos cardiomiócitos, originada por longo período de isquemia, causada por trombose e/ou vasoespasmos sobre uma placa aterosclerótica. Na maioria das vezes, há formação de trombo sobre placas vulneráveis, inflamadas, ricas em lipídios e com capa fibrosa delgada e, numa pequena parcela, está relacionada à erosão dessa placa aterosclerótica (PESARO *et al.*, 2004).

O IAM é uma síndrome clínica cardiovascular, na qual acontece um desequilíbrio entre o suprimento e a necessidade de oxigênio por aporte sanguíneo nas artérias coronarianas, levando à necrose do músculo cardíaco (SOUZA *et al.*, 2014). Para o diagnóstico do IAM, é necessária a observação dos sinais e sintomas clínicos, nas alterações do ECG e na elevação dos marcadores bioquímicos de necrose cardíaca (troponina e CK-MB). Os sintomas são variados e a elevação dos marcadores bioquímicos iniciam-se de quatro a seis horas depois do início da dor. As alterações, supra desnivelamento do segmento ST ou o bloqueio agudo de ramo esquerdo, observadas no ECG, é um dos principais meios para o diagnóstico e o determinante da conduta (PIEGAS, 2015).

Segundo a V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do IAM com supradesnível do segmento ST, o diagnóstico rápido e coerente é indispensável para o seu tratamento imediato. Realizar ECG de 12 derivações, no máximo, em dez minutos, atentar para idade, história clínica de desconforto precordial sugestivo de isquemia, aumento e queda de enzimas cardíacas (troponina, CK-MB) fazem parte de um protocolo de atendimento. Terapias medicamentosas, como antiplaquetários e estatina, são geralmente utilizadas nas primeiras 24 horas (PIEGAS *et al.*, 2015).

## Dislipidemia

As dislipidemias podem ser classificadas em hiperlipidemias (níveis elevados de lipoproteínas) e hipolipidemias (níveis plasmáticos de lipoproteínas baixos) e sua classificação etiológica pode ter causas primárias ou secundárias. • Causas primárias: são aquelas nas quais o distúrbio lipídico é de origem genética. • Causas secundárias: a dislipidemia é decorrente de estilo de vida inadequado, de certas condições mórbidas ou de medicamentos (FALUD *et al.*, 2017). Ensaios clínicos e metanálises demonstram, de maneira inequívoca, que o controle das dislipidemias e, em especial, as reduções mais intensivas do colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c, sigla do inglês low density lipoprotein-cholesterol) têm-se associado a importantes benefícios na redução de eventos e mortalidade cardiovasculares. (FALUD *et al.*, 2017).

Dessa forma, a necessidade do tratamento eficaz no controle da dislipidemia e o alcance da meta terapêutica preconizadas devem ser reconhecidos e adotados pelos profissionais de saúde. Segundo Xavier *et al.* (2013), sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose, a classificação da dislipidemia compreende quatro tipos principais: hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-C (> 160 mg/dl); hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos TGs (> 150 mg/dl) que reflete o aumento do número e/ou do volume de partículas ricas em TG, como VLDL, IDL e quilomícrons;

hiperlipidemia mista: valores aumentados de LDL-C (> 160 mg/dl) e TG (> 150 mg/dl); e o HDL-C baixo: redução do HDL-C (homens < 40 mg/dl e mulheres < 50 mg/dl) isolada ou em associação a um aumento de LDL-C ou de TG. A utilização adequada de terapêuticas medicamentosas e de mudança de hábitos inadequados de vida podem promover uma redução das chances de desenvolvimento de eventos cardiovasculares quando acontece a redução dos níveis de LDL-colesterol.

## **Método**

Estudo epidemiológico, transversal e descritivo realizado no hospital da rede SUS, na cidade de Salvador/Bahia. A população-alvo foi composta de indivíduos acometidos por doença arterial coronariana (DAC) e submetidos à cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio. Como critérios de inclusão destacam-se pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, no pré-operatório de (CRM), fase hospitalar, sem restrição de origem e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, os critérios de exclusão, pessoas com alterações cognitivas, que comprometiam a compreensão, comunicação, acurácia dos dados coletados e aqueles que informaram dificuldade de acompanhamento regular no pós-operatório de um ano. Participaram do estudo 165 indivíduos. Dados provenientes do banco da pesquisa intitulada: "A evolução clínica no primeiro ano de pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, em hospital público". A coleta foi realizada no período de fevereiro de 2012 a março de 2014, por meio de entrevista, avaliação clínica e laboratorial presenciais, fase hospitalar. Variáveis clínicas: infarto agudo do miocárdio e dislipidemia. Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, raça/cor. Os dados foram armazenados em planilhas do programa Excel e serão analisados pelo Programa *Statistical-Package for the Social Science* (SPSS), versão 15 for Windows. As variáveis categóricas foram expressas através de suas frequências

absolutas e relativas válidas. Calculou-se média e desvios-padrão, para as variáveis contínuas, com distribuição normal. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob o número 147/2011. Todos leram e assinaram, espontaneamente, o TCLE.

## Resultados

A Tabela 1 apresenta características sociodemográficas de pacientes em pré-operatório de CRM. Média de idade da população de  $62,48 \pm 8,9$  anos, a maioria idosa, com 103 pessoas (62,4%). A idade mínima e máxima dos homens foi de 42 e 84 anos, respectivamente, e das mulheres 40 e 77 anos. Houve predomínio do sexo masculino, 102 pacientes (61,8%) e cor da pele autodeclarada não branca, 129 (79,4%).

A Tabela 2 aponta que o diagnóstico de IAM e o perfil lipídico elevado foram preponderantes nas pessoas idosas, do sexo masculino e não brancas. A dislipidemia foi detectada em 111 (74%) dos indivíduos estudados e o infarto agudo do miocárdio, determinado em mais da metade da população, 93 pacientes (56,3%).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas de pacientes em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio, em hospital do SUS, Salvador-Bahia, 2012-2013.

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	102 (61,8)
Feminino	63 (38,2)
Idade (anos)	
Idoso ( $\geq 60$ anos)	103 (62,4)
Não idoso ( $< 60$ anos)	62 (37,6)
Cor da pele (Autodeclarada)	
Branca	34 (20,6)
Não branca	129 (79,4)
Não sabe	2 (1,2)
Total	165 (100%)

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2013).

**Tabela 2** – Prevalência do infarto agudo do miocárdio e da dislipidemia em pacientes no pré-operatório de CRM, segundo sexo, idade e cor da pele, em hospital do SUS, Salvador-Bahia, 2012-2013.

Variável	IAM n(%)		Total	*Dislipidemia n(%)		Total
	Sim	Não		Sim	Não	
<b>Idade(anos)</b>						
≤ 59	41 (24,8)	21 (12,7)	62 (37,6)	47 (31,4)	11(7,3)	58 (38,7)
≥ 60	52 (31,5)	51 (30,9)	103 (62,4)	64 (42,6)	28 (30,4)	92 (61,3)
<b>Total</b>	93 (56,3)	72 (43,6)	165 (100)	111 (74)	39 (26)	150 (100)
<b>Sexo</b>						
<b>Feminino</b>	39 (23,6)	24 (14,5)	63 (38,2)	49 (32,6)	11(7,3)	60 (40)
<b>Masculino</b>	54 (32,7)	48 (29,1)	102 (61,8)	62 (41,3)	28(18,6)	90 (60)
<b>Total</b>	93 (56,3)	72 (43,6)	165 (100)	111 (74)	39 (26 <sup>o</sup> )	150 (100)
<b>Cor da pele</b>						
<b>Branco</b>	22 (13,5)	12 (7,4)	34 (20,9)	21 (14,2)	8(5,4)	29 (19,6)
<b>Não branco</b>	70 (42,9)	59 (36,2)	129 (79,1)	90 (60,8)	29(19,6)	119 (80,4)
<b>Total</b>	92 (56,4)	71 (43,6)	163 (100)	111 (75)	37 (25)	148 (100)

\* N 150

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2013).

## Discussão

A população do estudo foi, majoritariamente, do sexo masculino, 102 pessoas (61,8%), com idade média de 62,48± 8,9, caracterizando uma população idosa, corroborando com um estudo que traz o grupo de idosos com um potencial elevado para DAC em decorrência do processo fisiológico, aglutinação de fatores de risco cardiovasculares (OLIVEIRA, WESTPHAL e MASTROENI, 2012). A incidência das doenças cardiovasculares em adultos tende a dobrar a cada década de vida, possivelmente pelo maior tempo de exposição aos fatores de risco, a aterogênese e um sinergismo multifatorial (PETERSEN *et al.*, 2011). O percentual de homens submetidos à CRM foi mais elevado quando comparado ao de mulheres. Esse achado pode inferir que indivíduos do sexo masculino procuram, com menos frequência, os serviços de saúde para medidas

preventivas e controle dos FRCV podendo ter deixado passar o momento ideal para o diagnóstico e os tratamentos menos invasivos de patologias isquêmicas do coração. Esta pesquisa corrobora com um estudo retrospectivo em um hospital público na região Sul do Brasil que cita prevalência (70,1%) de indivíduos do sexo masculino submetidos à CRM (GUARAGNA *et al.*, 2014).

Com o aumento da longevidade no Brasil e em países desenvolvidos, associado à aglutinação de FRCV, ao longo dos anos, cresce a incidência da DAC e a necessidade de implementação de terapias não invasivas e invasivas, a exemplo da CRM. Vale salientar que a prematuridade de indivíduos de alto risco cardiovascular evidenciado pela existência de homens e mulheres submetidos à CRM com idade mínima de 42 e 40 anos, respectivamente, representa um braço jovem que acarreta um forte impacto negativo sobre a previdência social (NASCIMENTO, 2016).

A cor autodeclarada não branca (pretos e pardos) foi maioria na população estudada com 129 indivíduos (79,4%). No censo 2010 do IBGE, 43,1% da população brasileira se declarou como pardos e 7,6% como negros. Em 2018, uma em cada cinco pessoas que moravam na Bahia afirmava ter cor preta correspondendo a 22,9% da população do estado (IBGE, 2018; ROTA DO SERTÃO, 2019). Salvador é a capital do Brasil com maior percentual de autodeclarados pretos e pardos (82,1%). Os dados dessa pesquisa podem ser justificados pelo predomínio de afrodescendentes no estado da Bahia, em específico, na cidade de Salvador, local do estudo.

A dislipidemia previu prevalência em 111 pessoas (74,0%). Ela é considerada como um risco cardiovascular modificável e, dessa maneira, entende-se que a redução do colesterol traz grande benefício na diminuição dos desfechos. Pesquisa de coorte retrospectiva de cinco anos, com dados coletados em banco do Instituto Nacional de Cardiologia do Ministério da Saúde (INC), aponta dislipidemia em 66,4%, em população submetida à CRM. Segundo estudo INTERHEART, a dislipidemia, entre outros fatores de risco modificáveis, corrobora por mais de 90% do risco atribuível à DAC. O risco para morbidade e mortalidade por doenças cardiovascu-

lar não pode ser modificado exclusivamente pela implementação de terapêuticas de alta complexidade, a exemplo da cirurgia de revascularização do miocárdio, mas, sobretudo, com melhor acessibilidade aos serviços de saúde, implementação de medidas preventivas, mudanças no estilo de vida, melhor condição socioeconômica e cultural da população e efetivo controle dos fatores de risco cardiovasculares (NASCIMENTO, 2016).

A frequência de indivíduos no pré-operatório de CRM que tiveram previamente o IAM foi de 93 pacientes (56,3%), demonstrando que mais da metade da população apresentava a manifestação mais grave da DAC. Em coorte, composta de 1.029 pacientes, submetidos à primeira CRM (KAUFMAN *et al.*, 2009), cita que 53,1% tinham história clínica de IAM. Esses achados sugerem que valores e vivências que configuram o estilo de vida das pessoas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, discrepância para promover prevenção, controle e tratamento dos FRCV podem contribuir para o advento da doença isquêmica do coração.

Como limitações do estudo, destacam-se a amostra de conveniência e o fato de a pesquisa ter sido realizada em um único centro.

### **Considerações finais**

A predominância recaiu sobre o sexo masculino, os idosos, a cor da pele autodeclarada não branca, a superioridade de indivíduos dislipidêmicos e com diagnóstico de IAM. O realce ficou para a idade mínima e máxima dos homens de 42 e 84 anos, respectivamente, e das mulheres de 40 e 77, o que reflete a prematuridade de pessoas acometidas pela forma mais grave da DAC.

### **Referências**

ARAUJO, N.R. de, *et al.* Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica. **Rev enferm UFPE** on line, Recife, v.7, n.5, p.1301-10, mai. 2013.

CHOLESTEROL TREATMENT TRIALISTS C., *et al.* Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. **Lancet**, v.376, n.9753, p.1670–81, 2010.

DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. 2019. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

Diretrizes da Cirurgia de revascularização miocárdica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 82, (suplemento V), 2004.

FALUDI, A.A., *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **ArqBrasCardiol**.v.109, n.2Supl.1, p.1–76 2017. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2017.

GAMA, G.G.G., *et al.* (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária; **RevEs-cEnferm USP**, 2011.

GARCEZ, M. R. *et al.* Prevalência de dislipidemia segundo estado nutricional em amostra representativa de São Paulo. **ArqBrasCardiol**. [online], 2014.

GUARAGNA, J.C., *et al.* Preditores de mediastinite em cirurgia cardíaca. **RevBrasCirCardiovasc**.v.19, n.2, p.165–170, 2004.

HUEB, W. Melhor tecnologia, mais gastos piores resultados. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 110, n. 4, p. 331–332, 2018.

IBGE. **Desigualdades por cor ou raça em Salvador**, segundo o IBGE Supervisão de Disseminação de Informações Unidade Estadual do IBGE na Bahia (SDI – UE/BA), abril de 2019.

IGLÉZIAS, J.C.R., *et al.* Desfechos clínicos pós-revascularização do miocárdio no paciente idoso. **RevBrasCirCardiovasc**. v. 25, n.2, p.229–233, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Universo características da população e dos domicílios**. 2010. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010universo.asp?o=7&i=P>.

KAUFMAN, R., *et al.* Controle de fatores de risco cardiovascular comunicação preliminar. **Rev SOCERJ**.v. 22, n.4, p.253-256,2009.

MELO.S. P. DA S. DE C., *et al.*Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3159-3168, 2019.

MENDES, A. S. **Acesso aos hospitais de referência em cardiologia: diferenças entre homens e mulheres com infarto do miocárdio.** 2014. 97f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

NASCIMENTO, P. V. **Evolução clínica no primeiro ano de pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio em hospital público.** 2012. 151 f. Tese (Doutorado). Curso de Enfermagem, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador-Bahia, 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde.**Prevenção e controle de infecção durante os cuidados de saúde quando houver suspeita de infecção pelo novo coronavírus (nCoV):** diretrizes provisórias, 2020.

PESARO, A. E. P., *et al.* Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Revista Associação Médica Brasileira.** v.50, n.2, p.214-20, 2004.

PETERSEN, L. C.,*et al.* FATORES de risco cardiovasculares e comorbidades em ambulatórios de cardiologia. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.55, n.3, p. 217-223, jul.-set. 2011.

PIEGAS, L. S.,*et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 105, n. 2, supl. 1, p. 1-121,2015.

ROSENGREN, A., *et al.* Association of psychosocial risk factors with risks of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTER-HEART study):case-control study. **Lancet**.v.364, n.9438, p.953-62, 2004.Disponívelem: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364186>.

ROTA DO SERTÃO. **Uma em cada 5 pessoas na Bahia se declara preta, aponta IBGE.** 23 maio 2019. Disponível em: <<http://rotado-sertao.com/noticia/138778-uma-em-cada-5-pessoas-na-bahia-se-declara-preta-aponta-ibge>>.

SIMÃO e cols. I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - Resumo Executivo. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 102, n.5, p.420-431,2014.

SOUZA, F. C. *et al.* Caracterização morfológica e tecidual de lesões culpadas em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST após uso de fibrinolítico. Análise com ultrassom intracoronário e tecnologia iMAP. **Rev. Brasil. Cardiol. Intensiva**, São Paulo-SP, v. 22 n.3, p. 225-232, 2014.

XAVIER, H., *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v. 101, n.4, Supl. 1, out., 2013.

YUSUF, S.,*et al.* **Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study):** case-control study. *Lancet.*v.364, n.9438, p.937-52, 2004.

# **Autores**

## **Adrielle Brito Alves**

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela UFRB.

E-mail: adriellebritto@hotmail.com

## **Alana dos Santos de Souza**

Enfermeira. Residente em Terapia Intensiva pelo Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador–Bahia.

E-mail: alanasantos94@gmail.com

## **Amália Nascimento do Sacramento Santos**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: amaliasacramento@ufrb.edu.br

## **Amanda Santos Veiga Freire**

Bacharela em Saúde. Graduanda em Enfermagem (UFRB).

E-mail: amanda-veeiga@hotmail.com

## **Ana Beatriz Argolo Cavalcante Lima**

Bacharela em Saúde, graduanda do curso de medicina do CCS/UFRB.

E-mail: biaoaclima@hotmail.com

## **Ana Carolina Conceição Neves**

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina pela UFRB.

E-mail: nevesacc@gmail.com

## **Ana Claudia Souza Lemos**

Enfermeira. Especialista em Auditoria. Egressa do CCS/UFRB.

E-mail: lemos.acs@hotmail.com

**Ana Paula Santos de Jesus**

Enfermeira. Doutora em Ciências pela UNIFESP. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: ana\_paula@ufrb.edu.br

**Ana Raquel Carneiro Barreto**

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Egressa do CCS\UFRB.

E-mail: anaraquel\_carneiro@hotmail.com

**Antônio Wellington Vieira Mendes**

Graduando do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA).

E-mail: wellingtonmendes723@gmail.com

**Ariane Cedraz Morais**

Enfermeira. Enfermeira Obstétrica especializada pela Universidade de Guarulhos. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

E-mail: enfarianecedraz@hotmail.com

**Bianca Pimentel Ferreira**

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) (2018). Graduanda em Medicina pela UFRB.

E-mail: bianca.pimentel.f@outlook.com

**Brenda Silva Cunha**

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). - Graduando do curso de Enfermagem pela UFRB.

E-mail: brendacunha@aluno.ufrb.edu.br

**Carlito Lopes Nascimento Sobrinho**

Médico. Doutor em Medicina e Saúde. Docente na Universidade Estadual de Feira de Santana.

E-mail: mon.ica@terra.com.br

**Claudia Feio da Maia Lima**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: cflima@ufrb.edu.br

**Claudiana Bomfim de Almeida Santos**

Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: claudianabonfim2010@hotmail.com

**Cláudio Bomfim de Oliveira Nascimento Júnior**

Enfermeiro emergencista da Secretaria de Saúde de Natal. Egresso do CCS/UFRB.

E-mail: claudiojr\_sr@hotmail.com

**Cristiane dos Santos Silva**

Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: cris83@ufrb.edu.br

**Daiane Luz Araújo**

Graduada em Enfermagem (FAZAG).

E-mail: daibrisa@hotmail.com

**Daniel Oliveira Medina da Silva**

Bacharel em Saúde, graduando do curso de medicina do CCS/UFRB.

E-mail: dan-medina@hotmail.com

**Deisy Vital dos Santos**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: deisy@ufrb.edu.br

**Denize de Almeida Ribeiro**

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva – UFBA. Docente do curso de Nutrição e Gestora de Extensão do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: ialode28@hotmail.com

**Djanilson Barbosa dos Santos**

Farmacêutico. Doutorado em Saúde Coletiva. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: djanilson@ufrb.edu.br

**Eder Pereira Rodrigues**

Enfermeiro. Doutor em Processos Interativos em Órgãos e Sistemas – UFBA. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: eder@ufrb.edu.br

**Eduardo Pondé de Sena**

Médico. Docente da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: eduardopondedesena@gmail.com

**Elaine Andrade Leal Silva**

Enfermeira. Mestre em saúde coletiva – UEFS. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: elainesilva@ufrb.edu.br

**Emanuelle Nunes da Cunha**

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Egressa do CCS\UFRB.

E-mail: emanuellecunha@gmail.com

**Fernanda de Oliveira Souza**

Enfermeira. Doutoranda – UEFS. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: fernandasouza@ufrb.edu.br

**George Mariane Soares Santana**

Biólogo. PhD em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – UFBA. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: georgemariane@ufrb.edu.br

**Graziele Santos Santana Bomfim**

Enfermeira. Mestrado em Saúde Coletiva – UEFS.

E-mail: graziele.bomfim@gmail.com

**Guilherme Bernardo Meira**

Bacharel em Saúde, graduando do curso de medicina do CCS/UFRB.

E-mail: lherme2009@hotmail.com

**Helena Moraes Cortes**

Doutora em Ciências – USP, enfermeira. Foi docente do Centro de

Ciências da Saúde da UFRB e atual docente no Departamento de Enfermagem da UFSC.

E-mail: helenamoraescortes@gmail.com

**Isadora Reis Rodrigues**

Enfermeira. Coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus.

E-mail: isa\_dora\_reis@hotmail.com

**Jessyka Santos Ferreira**

Enfermeira. Egressa do CCS/UFRB.

E-mail: ferreira.jessyka@yahoo.com.br

**José Lucas Andrade Santos**

Bacharel em Saúde pela UFRB. Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

E-mail: lucasandrad@hotmail.com

**Josele de Farias Rodrigues Santa Barbara**

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública - ISC/UFBA. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: joselefarias@ufrb.edu.br

**Joseneide Santos Queiroz**

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: joseneide.queiroz@ufrb.edu.br

**Juarez Menezes**

Enfermeiro. Egresso do CCS/UFRB.

E-mail: enfo.juarez@hotmail.com

**Julival Batista dos Santos**

Graduando em Bacharelado em Enfermagem pela UFRB.

E-mail: julivalbarquivos@gmail.com

**Karina Nhoque Barquilha**

Enfermeira. Especialista em Saúde Mental-UESC.

E-mail: karinabarquilha@hotmail.com

**Lais Barros Ribeiro**

Enfermeira. Egressa do CCS/UFRB.  
E-mail: laisbarrosribeiro@gmail.com

**Larissa Moreira Pitta**

Enfermeira. Egressa do CCS/UFRB.  
E-mail: larissapitta@gmail.com

**Liliane de Jesus Bittencourt**

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva – UFBA. Docente do curso de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (UFBA).  
E-mail: liliane.bittencourt@ufba.br

**Marcus Fernando da Silva Praxedes**

Enfermeiro. Doutor e PhD em Medicamentos e Assistência Farmacêutica – UFMG. Mestre em Saúde/UFVJM. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.  
E-mail: marcus.praxedes@ufrb.edu.br

**Margarete Costa Helioterio**

Enfermeira. Mestre em Saúde Comunitária – ISC/UFBA. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.  
E-mail: mcasantos@ufrb.edu.br

**Maria da Conceição Costa Rivemales**

Enfermeira sanitarista. Doutora em Enfermagem – UFBA. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.  
E-mail: mariarivemales@ufrb.edu.br

**Maria Naiane Rolim Nascimento**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem – URCA.  
E-mail: naianerolim@hotmail.com

**Mônica de Andrade Nascimento**

Médica. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).  
E-mail: monica@uefs.br

**Monneglesia Santana Lopes Cardoso**

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Centro de

Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: monneglesia@ufrb.edu.br

**Natádina Alves Souza Campos**

Bacharela em Saúde. Graduanda em Enfermagem (UFRB).

E-mail: natadinasouza@gmail.com

**Nuno Damácio de Carvalho Félix**

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem - UFPB. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: nunofelix@ufrb.edu.br

**Paloma de Sousa Pinho**

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública - ISC/UFBA. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: paloma@ufrb.edu.br

**Patrícia Figueiredo Marques**

Enfermeira e Pedagoga. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: pfmenf@ufrb.edu.br

**Patrícia Veiga Nascimento**

Enfermeira. Doutora em Medicina e Saúde Humana. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: patricia\_veiga@ufrb.edu.br

**Paula Gabrielli de Santana Soares**

Bacharela em Saúde pela UFRB. Graduanda do curso de Enfermagem pela UFRB.

E-mail: paulassoares1@hotmail.com

**Paula Hayasi Pinho**

Psicóloga. Doutora em Ciências - USP. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: phpinho@ufrb.edu.br

**Paulo Eduardo Santos Santana**

Bacharel em Comunicação Social. Enfermeiro. Egresso do CCS/UFRB.  
E-mail: pauloeduardo.ufrb@gmail.com

**Paulo José dos Santos De Matos**

Bacharel em Saúde pela UFRB. Graduando do curso de Enfermagem – UFRB.  
E-mail: paulomatos@aluno.ufrb.edu.br

**Raércia dos Santos Carneiro**

Bacharela em Saúde pela UFRB. Graduando do curso de Enfermagem – UFRB.  
E-mail: raercia2015@hotmail.com

**Rafaele Marques de Oliveira**

Enfermeira. Egressa do CCS/UFRB.  
E-mail: raffamoliveira@hotmail.com

**Raícia dos Santos Carneiro**

Graduanda do curso de Enfermagem da UFRB.  
E-mail: raicia2016@gmail.com

**Railene Pires Evangelista**

Enfermeira obstétrica. Mestranda em Enfermagem – UFBA.  
E-mail: railene\_pires@hotmail.com

**Raíssa Morgana dos Santos Fuza**

Graduanda do curso de enfermagem do CCS/UFRB.  
E-mail: raissa 21fuza@hotmail.com

**Ramona Garcia Souza Dominguez**

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Epidemiologia e Gestão de Unidades Críticas. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.  
E-mail: ramonagarcia@ufrb.edu.br

**Rebeca de Oliveira Paixão**

Enfermeira. Egressa do CCS/UFRB. Residente em Saúde da Família pela Fiocruz.  
E-mail: rebecapaixao20@hotmail.com

**Rebeca Nascimento dos Santos**

Enfermeira. Especializanda em Gestão em Saúde pela UFRB.  
E-mail: rebeccanascimento@gmail.com

**Rosa Cândida Cordeiro**

Enfermeira sanitarista. Doutora em enfermagem - UFBA. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.  
E-mail: rosa@ufrb.edu.br

**Rosângela Janja Costa Araújo**

Graduação em História. Docente da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - UFBA.  
E-mail: janja.araujo@uol.com.br

**Sara de Pinho Gonçalves Almeida**

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família - Fiocruz/FESF.  
E-mail: saradepinho@hotmail.com

**Silvia Lúcia Ferreira**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFBA.  
E-mail: silviaalf100@gmail.com

**Silvia Moraes dos Reis**

Enfermeira. Egressa do CCS/UFRB. Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus.  
E-mail: silviamoraeslara@hotmail.com

**Simone Letícia Souza Querino**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, Enfermagem em Cardiologia, Administração Hospitalar e em Serviços de Saúde.  
E-mail: enfsimonequerino@yahoo.com.br

**Sinara Vera**

Enfermeira. Bacharel em Direito - Faculdade de Ciências Empresariais. Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente - UESC. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.  
E-mail: sivera1@hotmail.com

**Tamille Marins Santos Cerqueira**

Enfermeira. Mestranda Profissional em Enfermagem.

E-mail: tamillemarins@hotmail.com

**Tânia Maria de Araújo**

Psicóloga. Doutora em Saúde Pública – UFBA. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

E-mail: araujo.tania@uefs.br

**Thauã Mota de Abreu**

Bacharel em Saúde, graduando do curso de medicina do CCS \ UFRB.

E-mail: thaua.abreeu@gmail.com

**Thayná Oliveira Militão**

Enfermeira. Residente do Programa de Residência em Enfermagem com ênfase em Cardiologia

(UFRB). E-mail: tomilitao@gmail.com

**Thereza Christina Bahia Coelho**

Médica. Doutorado em Saúde Pública – UFBA.

E-mail: thereza.nusc@uefs.br

**Thiara de Almeida Nogueira Silva**

Bacharela em Saúde pela UFRB. Graduanda em Medicina pela UFRB.

E-mail: thiaranogueira@hotmail.com

**Urbanir Santana Rodrigues**

Enfermeira. Advogada. Docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: urbanir.rodrigues@ufrb.edu.br

**Vanessa Rodrigues Nunes da Silva**

Enfermeira. Especialização em Saúde Pública – UNOPAR. Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada- Remanso-BA.

E-mail: vanessagirl29@hotmail.com



Esta coletânea reúne as mais diversas pesquisas desenvolvidas pelos docentes e discentes do Curso de Enfermagem da UFRB e parcerias com outras Instituições. A integralidade no ensino, pesquisa e extensão é a base da prática de enfermagem com qualidade e segurança, o que fica demonstrado no presente *e-book*.

ISBN: 978-65-88622-38-4.



9 786588 622384 >



Editora UFRB