

Políticas de Saúde Pública:



Um olhar de estudantes de Medicina

Políticas de Saúde Pública:

um olhar de estudantes de Medicina



ORGANIZADORES

Pe. Erondi Tamandaré Reis Pereira SDB
Prof.º André Luis Ornellas
Prof.º Antonio Henrique de Oliveira Poletto
Prof.ª Lucila Bistaffa de Paula
Prof.ª Luciana Coimbra de Mello
Prof.ª Jesiela Passarini
Prof.ª Jéssica Moreira Fernandes
Prof.º Ricardo Burato Dias

Araçatuba-SP

S286 Políticas de saúde pública: um olhar de estudantes de
Medicina/ Beatriz Parpinelli Scarpin...[et.al.] Araçatuba:
Unisalesiano, 2022.

256p.

ISBN 978-65-87577-02-9

1.Saúde pública – políticas 2. Saúde Pública – Brasil
3.Saúde coletiva 4. Medicina – educação 5. Medicina -
Pesquisa 6. Saúde da família I. Título II. Scarpim, B.P.

CDU 614.3

Bibliotecária Meiri Dalva V. de Moraes CRB8 6574/0-2

PRODUÇÃO

Departamento de Comunicação e Marketing
UniSALESIANO Araçatuba - SP

EDIÇÃO DE TEXTOS

Fernando Sávio

Rosiane Cerverizo

PROJETO GRÁFICO

Rosiane Cerverizo

COLABORAÇÃO

Maikon Malaquias

MSMT UniSALESIANO Araçatuba

Rodovia Senador Teotônio Vilela, 3.821 - Jardim Alvorada - Araçatuba - SP - Brasil

Tel. (18) 3636-5252 - Fax (18) 3636-5274

E-mail: unisalesiano@unisalesiano.com.br

Site: www.unisalesiano.edu.br

COLABORADORES

*Antonio Henrique de Oliveira Poletto
Simone Midori Watanabe
Franciane Ferreira Maziero Branco
Daniele Catelan
Letícia Aparecida de Souza Silva*

AUTORES

*Beatriz Parpinelli Scarpin
Rayanni de Medeiros Garcia
Giulia Caroline Piperno
Kayene Alcântara Leivas
Julia Carvalho de Souza
Ana Flavia de Jesus Alves
Cecília Hoguihara Nascimento
Bruna Harumi Shiraishi
Giovanna Kaori Icoma Manzi
Aline Carvalho Gobi
Camila Matarazzo
Larissa de Lima Ávila
Gabriela Teixeira Gonçalves
Laís Zanchetta Ramos
Julia da Silva Zeffiro
Lucas Marins Benedeti
Natália Furlaneto Barbosa
Vinícius Vilas Boas de Sene
Alícia de Assis Silvério Gonçalves
Cintia Kawata
Damaris Rodrigues da Conceição*



UniSALESIANO
Araçatuba-SP

ÍNDICE

Prefácio	09
----------------	----

I - ATUAIS PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA

Capítulo 1. Novos desafios do envelhecimento populacional	12
Capítulo 2. Ser pobre faz mal a saúde?	21
Capítulo 3. Falta de adesão à puericultura na atenção primária e suas consequências	29
Capítulo 4. Aleitamento materno em tempos de pandemia	42

II - DESAFIO DO NOVO FINANCIAMENTO

Capítulo 1. Novo financiamento: perspectivas na atenção primária	51
--	----

III - INIQUIDADE SOCIAL NO BRASIL

Capítulo 1. Assistência social no âmbito da atenção primária à saúde	66
Capítulo 2. O impacto da iniquidade social na atenção primária à saúde	76
Capítulo 3. Acesso à saúde atual: desafio para sociedade	92

IV - DESAFIOS CONCORRENTES DOS MUNICÍPIOS NOS DIAS ATUAIS

Capítulo 1. A aplicação bioética no Sistema Único de Saúde	107
Capítulo 2. Cuidados paliativos na atenção primária nos dias atuais	115
Capítulo 3. Tripla carga de doenças	128
Capítulo 4. Saúde Preventiva: como promover a mudança de hábitos	143
Capítulo 5. O dia seguinte	152

V - ADAPTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA

Capítulo 1. Rotatividade das equipes da estratégia saúde da família: prejuízo na atenção primária à saúde	161
Capítulo 2. Nova demanda de acolhimento na atenção primária à saúde em virtude da pandemia de Covid-19: luto	173

VI - REALIDADE DA CLÍNICA AMPLIADA

Capítulo 1. Desafios da clínica ampliada na atenção primária em saúde 184

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO

Capítulo 1. Os benefícios da intersetorialidade no cuidado do paciente na atenção primária à saúde 192

VIII - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Capítulo 1. Violência obstétrica, realidade no Brasil 203

IX - ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Capítulo 1. A importância do acolhimento na assistência efetiva do SUS 216

Capítulo 2. Humanização das práticas no cuidado integral: uma reflexão dos dias atuais 224

Capítulo 3. Distúrbios do sono durante a pandemia de Covid-19 237

Capítulo 4. Cuidados paliativos e a elaboração da boa morte 245

PREFÁCIO

Humanização das Políticas Públicas em saúde: olhar prático sobre o cuidado com as pessoas

O tema das Políticas Públicas sempre foi objeto de discussão no Estado brasileiro e na academia, a partir de abordagens oriundas das mais diversas ciências, tanto humanas quanto naturais. Entretanto, poucos são os trabalhos que unem essas linhas de entendimento e que incorporam, no bojo das práticas das políticas públicas em saúde, o olhar humanizado, no contexto de permitir que as técnicas de abordagem para a solução almejada pela política seja permeada pela colocação do paciente em seu centro, e não como objeto invisível dela.

É nesta perspectiva que a obra que neste momento se apresenta está inserida. Com grande técnica e precisão analítica, o trabalho “Humanização das Políticas Públicas em Saúde: olhar prático sobre o cuidado com as pessoas” reúne um conjunto de especialistas e estudantes comprometidos em reforçar a máxima de que a Saúde Pública não pode ser pensada sem se partir da premissa mais basilar possível, consistente na construção de seus objetivos através do olhar humanizado, horizontalizado, em que o problema a ser solucionado parte do cidadão para o profissional, e não seu inverso. Esse é o destaque que percorre todos os textos dessa relevante coletânea.

Nesta obra são abordados temas e práticas extremamente importantes para o alcance desse desiderato: escuta ativa do paciente, tratamento individualizado, inclusão do outro, confiabilidade no profissional, proximidade, respeito, apoio humanizado, olhar sistêmico, treinamento dos profissionais, relacionamento, prevenção, acolhimento. Todas essas práticas as quais, em muitas oportunidades, são esquecidas no trato in-

dividual com as pessoas atendidas pelo sistema público, e que aqui são resgatadas pelos seus autores, em forma de texto e de reflexão, trazendo ao público estas importantes preocupações.

É de se registrar, ainda, que o conjunto de tais trabalhos decorreu de esforços de professores em trazer esses olhares para a formação dos alunos da Faculdade de Medicina do UniSalesiano (Araçatuba/SP), os quais, nesta oportunidade, devolvem para a comunidade leitora e científica a importância de se discutir, com seriedade e profissionalidade, estratégias para se construir uma política humanizada em Saúde. Tal iniciativa reforça os compromissos do UniSalesiano, pelos seus professores, alunos e corpo diretivo, em se consolidar como referência nesse debate, sendo esta obra uma demonstração pública para com esse esforço coletivo.

Diante de tal quadro é que esta obra é uma importante contribuição aos estudos dos iniciados e daqueles também mais experienciados no tema. Com linguagem clara, porém muito bem fundamentada na literatura especializada e na prática abalizada, traz ao público essa promessa de ser simples e densa ao mesmo tempo, fonte de grande atenção pelos seus leitores mais dedicados.

Com tal espírito alegre e de júbilo, apresento à comunidade científica e literária este autêntico trabalho, na promessa de que renda excelentes estudos e reviva, na alma dos estudantes mais seletos, o desejo de conhecer e aprimorar suas análises sobre esta temática tão relevante.

Araçatuba, inverno de 2022.

Daniel Barile da Silveira

Pós Doutor pela Universidade de Coimbra (Ius Gentium Conimbrigae).

Doutor em Direito pela Universidade de Brasília (UnB).

I - ATUAIS PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA

CAPÍTULO 1

Novos desafios do envelhecimento populacional

Julia Carvalho de Souza¹
Luciana Coimbra de Mello²

Palavras-chave: Envelhecimento; Atenção básica; Qualidade de vida

Introdução

O envelhecimento é um processo fisiológico pelo qual todos os seres humanos passarão, sendo o envelhecimento populacional um fenômeno global. A maneira de lidar com este processo difere entre as nações; afinal, observa-se que enquanto algumas nações focam suas políticas públicas visando um futuro confortável e digno à sua população, outras estabelecem políticas que ignoram o fato de que uma hora essa população envelhecerá e ficará desamparada. Nesse contexto, verifica-se uma atuação momentânea de governantes, postergando soluções para futuros mandatos, criando assim um ciclo de acomodação que dificilmente será quebrado.

No Brasil, leva-se em conta como idosa a pessoa com 60 anos de idade ou superior. Esta população teve seus direitos assegurados com a publicação do Estatuto do Idoso, publicado em 2003 através da Lei Federal, de Nº 10.741. Seus 118 artigos garantem questões essenciais, entre elas, liberdade, respeito, dignidade, educação, lazer, previdência e assistência social, dentre outros. Desta maneira, fundamentando-se em seu CAPÍTULO IV, a saúde e bem-estar dos idosos no Brasil são certificados por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal e igualitário, juntamente com atos e serviços, que incluem: pre-

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

venção, promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo por direito maior concentração nas doenças que afetam majoritariamente essa faixa etária (BRASIL, 2003).

De acordo com o a projeção de população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira crescerá até o ano de 2047 chegando a 233,2 milhões de habitantes. A partir deste ano, cairá gradualmente, atingindo 228,3 milhões em 2060 (ano em que, de acordo com a projeção, um quarto da nação (25,5%) terá idade superior a 65 anos). Considerando-se o período produtivo do homem (15 a 64 anos), em 2060 a cada 100 pessoas o país contará com 67,2 indivíduos fora do intervalo de produtividade, ou seja, o número de indivíduos aptos a exercer mão de obra, serviços, diminuirá (IBGE, 2018).

Sabe-se que o processo de envelhecimento da população brasileira iniciou-se no final dos anos 60, por meio do declínio da fecundidade, ocorrendo de maneira rápida e sustentada. Diferentemente, a transição demográfica europeia, iniciou-se no final do século XIX e ocorreu num ritmo mais lento, porque alguns países já possuíam maior população de idosos e uma taxa de fecundidade menor que no início dessa transição no Brasil (CARVALHO; GARCIA, 2003).

No mundo inteiro países estão passando por diferentes fases de transição demográfica juntamente com uma transição epidemiológica; ou seja: conforme a estrutura etária da população muda, as doenças prevalentes também sofrem mudanças. Tal fato reflete e exige uma reorganização das políticas públicas aplicadas, juntamente com uma reorganização do sistema de saúde, pois o perfil de doenças apresentado por idosos, no caso do Brasil, é completamente diferente (NASRI, 2008).

Nos séculos XIX e XX, os hospitais foram criados e programados para lidar com doenças agudas e infecciosas, porém, o envelhecimento populacional necessita de maior suporte para doenças crônicas, ou seja, conforme a transição etária da população acontece, uma reorganização

do SUS torna-se necessária. Há a necessidade de centrar o sistema de saúde na comunidade, onde ações de promoção de saúde serão feitas, e não nos hospitais como era feito antigamente. Considerando que as doenças crônicas podem ser evitadas, nota-se a importância da promoção da saúde e prevenção, na qual se inclui introdução de hábitos saudáveis, maior enfoque na moradia, emprego, educação e no meio ambiente (HÉBERT, 2015).

Dessa forma, devem-se priorizar as ações da atenção básica para garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, permitindo assim, o acompanhamento da evolução da doença crônica, evitando-se a utilização desnecessária de setores de alta complexidade. Deve-se também fixar o autocuidado juntamente com a autonomia individual do idoso, reduzindo assim, sua incapacitação (HÉBERT, 2015).

Examinando estatisticamente, o progresso do crescimento da população idosa é que resultará no processo de envelhecimento populacional. Considerando os anos de 1970 a 2050 nota-se um crescimento de 3,1% para 19% das pessoas com 65 ou mais anos de. Já em 2000, 17% dos idosos, de ambos os sexos, tinham 80 anos ou mais de idade, e concepções indicam que em 2050 irão representar aproximadamente 28% (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008).

Desta maneira, o objetivo do presente estudo foi verificar os principais desafios envolvidos na questão do envelhecimento populacional na esfera nacional, apresentando possíveis soluções a serem realizadas na Atenção Básica.

Discussão

Em relação a soluções plausíveis para a questão do envelhecimento populacional e seus desafios a serem encontrados no futuro, não podemos deixar de falar sobre envelhecimento ativo. No final dos anos 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incorporou esse termo, que

foi definido como “Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005), ou seja, a população, principalmente a idosa, deve possuir uma participação ativa e significativa na sociedade.

O objetivo principal do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa e a qualidade de vida de todos que estão passando pelo processo de envelhecimento, focando-se assim, na autonomia do indivíduo (capacidade de tomar decisões conforme suas vontades), na independência (capacidade de viver independente da comunidade/indivíduos), qualidade de vida, entre outros conceitos que buscam a resolução de problemas relacionados ao envelhecimento populacional (OMS, 2005).

Para que seja efetivo e digno de resultados futuros, sabe-se que o apoio de políticas sociais, de saúde, do mercado de trabalho e de educação são extremamente essenciais, a fim de que benefícios futuros sejam observados. Segundo a OMS (2005) tais benefícios incluem: I) economia de gastos públicos com tratamentos e serviços de assistência médica. Afinal, pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar; II) indivíduos idosos que participam ativamente em âmbitos sociais, políticos e culturais; III) melhoria na qualidade de vida aos que estão passando pelo processo de envelhecimento e menor morte prematura em estágios da vida produtivos; IV) economia relacionada a aposentadorias e pensão, pois quanto mais longo for o período ativo e saudável da população, maior o tempo hábil aos idosos continuarem trabalhando.

Com o envelhecimento populacional, há a necessidade de esclarecer os pilares para o desenvolvimento da saúde nos futuros idosos. Em primeiro lugar, nota-se a importância da promoção e prevenção de doenças, que pode ser primária (abstenção de fatores de risco para condições clínicas), secundária (detecção precoce e rastreamento) e terciária (tra-

tamento correto e adequado com serviços curativos), visando reduzir os riscos de incapacidades (BRASIL, 2010).

Para evitar que o processo de envelhecimento seja patológico há a necessidade de estabelecer qualidade de vida até o fim da vida. Esta pode ser considerada e modelada por meio de valores da sociedade em que se vive como: meio social, ambiental, físico e mental, na qual tais fatores regulam de maneira positiva e negativa a vida de cada indivíduo (SILVA et al., 2017). Sendo assim, as expectativas relacionadas ao envelhecimento ativo serão atingidas pelos indivíduos saudáveis, principalmente a saúde física e mental que são consideradas o centro da qualidade de vida. O indivíduo que a possui conseguirá participar de todas as esferas de atividade da vida, que incluem trabalho, amor, cultura, entre outros pilares (ILC-BRASIL, 2015).

Um pilar importante presente na qualidade de vida em longo prazo é a alimentação balanceada (OMS, 2020). Uma dieta saudável durante a vida auxilia a prevenção e proteção do indivíduo no desenvolvimento de doenças como diabetes, doenças cardíacas, derrames e cânceres. Essa dieta baseia-se em variedade de grãos integrais, frutas, vegetais, leite e derivados com baixo teor de gordura trans, quantidade de sódio limitada a 5g/dia. Há também a necessidade da diminuição de alimentos ultra processados e industrializados, baseando-se sempre na alimentação natural.

No envelhecimento ativo com qualidade de vida, um fator importante é a prática de atividade física regular, que pode contribuir na melhora da autonomia do idoso. Segundo Abreu et al. (2002) ter autonomia é ter competência de desempenhar de maneira independente e adequada as tarefas do cotidiano, além das atividades sociais, exercitando assim seus direitos e deveres de cidadão. Os benefícios da prática de atividade física melhoram os componentes da aptidão física e influenciam positivamente na capacidade funcional do idoso. A pessoa que deixa de ser se-

dentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares, [...] validando que uma pequena modificação nos hábitos pode provocar uma notável melhora na saúde e na qualidade de vida (BRASIL, 2014).

Outro elemento que necessita ser levado em consideração é o sono apropriado, que apesar de não ser uma contribuição respeitada, a necessidade de dormir por oito horas diárias reduz o risco de obesidade, diabetes, doenças cardíacas e aumenta a resistência a infecções. Portanto, deve-se sempre estimular as pessoas a terem um sono reparador, baseando-se na prevenção e no auxílio da memória, aprendizagem e resolução de problemas (ILC-BRASIL, 2015).

Outro aspecto a ser analisado e desenvolvido é o psicossocial. O isolamento social provocado por falecimento de entes próximos, doenças e mudanças no meio social, pode provocar declínio na qualidade de vida e no bem-estar psicológico dos idosos. Dessa forma faz-se necessário o estabelecimento de políticas públicas e comunitárias para integração social e física na sociedade, com estratégias de entrosamento e suporte a essa população (MORENO-TAMAYO et al., 2019).

Analisando-se o quesito do âmbito social em que o indivíduo se encontra, sabe-se da importância da educação como aumento de renda e melhores condições de vida e de saúde, além da questão da contribuição positiva sobre a autoestima e confiança (ILC-BRASIL, 2015). Há também o impacto da condição sócio econômica na qualidade de vida do idoso, na qual a baixa renda relaciona-se com maior prevalência de doenças crônicas, limitações funcionais, maior taxa de mortalidade e sofrimento psicológico (KORDA et al., 2014).

Conclusão

Os desafios começam na demanda de investimento nos sucessores e descendentes, ou seja, na atual geração, principalmente nas áreas de saúde e educação, afinal, é ela que constituirá a população econômica-

mente ativa e a força de trabalho necessária para o Brasil. Nota-se, portanto, que é na atual fase em que a sociedade se encontra que a preparação se faz necessária. Afinal, as melhorias institucionais se fazem a longo e médio prazo, com o escopo de no futuro estabelecer uma vida digna às gerações de idosos.

Em relação às ações a serem desenvolvidas para um envelhecimento populacional mais saudável, são englobadas questões relacionadas à saúde física e mental, incluindo alimentação adequada, prática regular de atividade física durante toda a vida, integração social, além de medidas educativas que visam o aumento da renda desses idosos. Todos esses pilares só serão desenvolvidos com o empenho de todas as esferas da sociedade: a família, vizinhança e amigos de cada idoso influenciando e estimulando tais práticas, além do governo implantar programas sociais de apoio e incentivo viáveis para cada realidade sociocultural.

Desta maneira, faz-se necessário o incentivo a pesquisas e estudos na área do envelhecimento, obtendo-se informações acerca do desenvolvimento populacional a médio e longo prazo, auxiliando na geração de políticas públicas que possam aperfeiçoar, progredir e prosperar a qualidade de vida da população brasileira.

Referências

ABREU, FMC; DANTAS, EHM; LEITE, WOD; BAPTISTA, MR; ARAGÃO, J C B. *Perfil da autonomia de um grupo de idosos institucionalizados*. Fórum Brasileiro de Educação Física e Ciências do Esporte. Revista Mineira de Educação Física, v. 10, p. 455, 2002.

BRASIL. Lei Nº10. 741, de 1º de outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Brasília, 03 out. 2003. P nº 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Cadernos-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-n-29-rastreamento.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. *O envelhecimento da população brasileira: Um enfoque demográfico*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, jun. 2003.

CARVALHO, J.A.M.; RODRÍGUEZ-WONG, L.L. *A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008.

HÉBERT, R. *A revolução do envelhecimento*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p.3618, dez. 2015.

IBGE. *Projeção da população 2018: Número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047*. 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

ILC-BRASIL. Centro Internacional de Longevidade Brasil. *Envelhecimento ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade*. 1ª edição, Rio de Janeiro, Brasil. 119p. 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol--tico-ILC-Brasil_web.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021.

KORDA, R.J.; PAIGE, E.; YIENGPRUGSAWAN, V.; LATZ, I.; FRIEL, S. *Income-related inequalities in chronic conditions, physical functioning and psychological distress among older people in Australia: crosssectional findings from the 45 and up study*. BMC Public Health, v. 14, n. 741, 2014.

NASRI, F. *O envelhecimento populacional no Brasil*. Einstein, v. 6, Supl 1: S4-S6, 2008.

MORENO-TAMAYO, K.; MANRIQUE-ESPINOZA, B.; RAMÍREZ-GARCÍA, E.; SÁNCHEZ-GARCÍA, S. *Social isolation undermines quality of life in older adults*. International Psychogeriatrics. International Psychogeriatrics, v. 32, n. 11, p.1283-1292, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde / World Health Organization*; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthy diet*. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

SILVA, J.A.C.; SOUZA, L. E. A. de; GANASSOLI, C. *Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes*. Rev Soc Bras Clin Med, v. 15, n. 3, p. 146-9, jul-set. 2017.

CAPÍTULO 2

Ser pobre faz mal a saúde?

Cecília Hoguihara Nascimento¹
Lucila Bistaffa de Paula²

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Sistema Único de Saúde; Desigualdade Socioeconômica

Introdução

De acordo com a constituição de 1988 o acesso à saúde deveria ser universal para todos os indivíduos com as mesmas necessidades e estaria ligado aos princípios de integralidade e equidade. O sistema público instituído no Brasil prega uma seguridade social, que tem como o objetivo a ação do poder público voltado para garantia de direitos de cidadania à população (NERI, 2002).

Contudo, o sistema único de saúde, assim como outros engajados em ações públicas, é dependente de financiamentos, que nem sempre atendem às demandas necessárias da população, criando a vulnerabilidade social e econômica na área da saúde (CARMO, 2018).

A vulnerabilidade na área da saúde não nos denota apenas ao princípio de precariedade de renda, mas também à falta do estabelecimento de vínculos e desigualdade no acesso a serviços públicos de saúde. Não adianta ter as políticas públicas voltadas para área da saúde sem que haja realmente um vínculo e uma assistência para com a população que necessita. O ponto principal é ajudar em um contexto geral os indivíduos e muitas vezes estes precisam de acesso aos bens públicos e a informações sobre como usá-los (CARMO, 2018).

Portanto, quando analisamos a saúde em um meio socioeconômico, devemos levar em consideração fatores como: cultura, contexto so-

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

cial e ambiente que influenciam na vida do indivíduo. A saúde deve ser abrangida como algo multifatorial e dinâmico (SIQUEIRA, 2003).

O conceito de vulnerabilidade humana também está relacionado com o indivíduo que está mais suscetível a desenvolver danos, por não estar em um nível adequado de qualidade de vida, ressaltando a desigualdade socioeconômica já existente na população. Com isso, constata-se que esse conceito vai muito além de uma percepção individual e passa a abranger um contexto social e coletivo (CARMO, 2018).

Abrangendo tais conceitos ditos acima, quando falamos em desigualdade na área da saúde nos deparamos com a diferença de acesso a serviços, fatores e recursos relacionados a essa área, afetando camadas sociais de baixo nível socioeconômico e que são diretamente influenciados por contextos sociais, como raça, etnia e acesso à educação (SIQUEIRA, 2003).

O objetivo deste estudo foi mostrar essa desigualdade e vulnerabilidade socioeconômica e todo seu contexto multifatorial encontrado na sociedade atual. Muitas vezes passa despercebido por nós e não fazemos nada para mudar o que deveria ser um direito universal. O objetivo é chamar atenção para um cenário existente no nosso país que afeta muitos outros setores além do da área da saúde.

Discussão

Entrando no conceito de desigualdade social, este se reflete na área da saúde desde o século XIX, no qual as condições políticas e sociais mudaram e trouxeram o capitalismo. Este acentuou a hierarquia socioeconômica e dividiu os grupos ainda mais em dominadores e dominados, nos quais esses últimos já apresentavam situações precárias em saúde trabalhando nas indústrias (BARATA, 2009).

Esse cenário, de certa forma, mudou sua apresentação na atualidade, mas não deixou de existir. Em todas as diferentes sociedades pes-

soas com poder aquisitivo diferente, apresentam níveis de acesso a saúde diferentes, considerando, portanto, a saúde como um produto social, que difere entre um lugar e outro (BARATA, 2009).

O conceito de desigualdade na saúde, remete ao fato da diferença no acesso a recursos presentes na sociedade. A maneira como esses são distribuídos e disponibilizados também realça esse desequilíbrio. Certos recursos são restritos a apenas uma parte da população, com nível socioeconômico mais alto. Além disso, a classe mais favorecida tem uma gama muito maior de opções sobre como acessar esses benefícios e a melhor maneira a qual podem usufruí-lo, no tempo que lhes for necessário (SIQUEIRA, 2003).

Juntamente com esse conceito de desigualdade, devemos pensar na produção de vulnerabilidade, levar em conta a justiça social, englobar como já foi dito, o contexto individual e coletivo e como as políticas públicas se posicionam diante disso (CARMO, 2018).

O Brasil é um bom país de estudo da desigualdade, levando em conta seu alto PIB per capita em contraste com um alto índice de pobreza, que é reflexo dessa diferença na distribuição de renda. Com relação a isso, nada tem sido feito pelas políticas públicas e áreas como a saúde acabam sendo afetadas, já que estão diretamente relacionadas com a produção do trabalho das pessoas (NERI, 2002).

Essa ignorância de certos poderes públicos possui algumas consequências e nos dão uma falsa impressão de igualdade, criam um ciclo de opressão e tornam os grupos menos favorecidos, mais vulneráveis, influenciados pelo contexto social. Esses indivíduos aceitam o que lhes são impostos e por não terem uma política pública que defenda seus direitos, ficam restritos a esse ciclo de inferioridade, refletindo em áreas como a saúde (CARMO, 2018).

A área da saúde precisa dialogar-se em todos seus quesitos e é necessário que ocorra a integração com indivíduo, que ele receba a in-

formação, saiba interpretá-la e manuseá-la da maneira correta, para que não se tornem reféns apenas por possuírem nível socioeconômico mais baixo (CARMO, 2018).

Como é possível notar, as desigualdades sociais em saúde se manifestam de diversas maneiras e estão amplamente associadas a organização de cada sociedade, algumas acentuam essa desigualdade existente, enquanto outras tentam diminuir a iniquidade presente. Como veremos adiante tudo isso é um processo dinâmico, dependente de vários fatores (BARATA, 2009).

O primeiro fator a ser discutido é a desvantagem e vantagem de certos grupos. Aqueles com maior poder aquisitivo possuem maior disponibilidade a recursos e podem ter acesso a um serviço privado, o que não é possível aos mais pobres, os quais precisam se adaptar e conseguir acesso aos recursos públicos que lhes são oferecidos, mas nem sempre estão efetivos e disponíveis em grande quantidade (SIQUEIRA, 2003).

Uma das vantagens se encontra no tempo de atendimento: indivíduos com poder socioeconômico maior buscam serviços de saúde que possam atender suas necessidades de forma imediata, quebrando então o conceito de equidade e horizontalidade, no qual se baseia que pessoas com iguais necessidades de atendimento e cuidado na área da saúde deveriam ser tratados da mesma maneira (NERI, 2002).

Outro fator importante é a educação, pois a partir dela consegue-se mais informações sobre a área importância do autocuidado em saúde. Indivíduos da classe alta têm uma visão muito mais ampla em relação a saúde-doença (SIQUEIRA, 2003).

Indivíduos com maior poder aquisitivo também possuem maior disponibilidade de tempo e renda para cuidarem da sua saúde, pensando na parte de promoção e mudança do estilo de vida. Diferente da população de baixa renda, que não se prende ao futuro, e precisa trabalhar com os problemas presentes para que possa logo voltar aos seus trabalhos e

rotinas domésticas (ISHITANI, 2006).

O reflexo disso são os exames preventivos. É possível notar que as pessoas com maior grau de escolaridade e maior acesso a informação buscam fazer os exames preventivos e conseguem evitar o desenvolvimento de certas doenças e garantem também o rastreamento da enfermidade precocemente, caso ela já esteja instalada. Em contraste, temos a população de renda mais baixa, as quais já procuram o serviço de saúde com a doença instalada e muitas vezes com comorbidades associadas (NERI, 2002).

Além disso, como já foi dito, pessoas com poder aquisitivo melhor quebram o princípio de equidade e horizontalidade, à medida que estas possuem plano de saúde e podem procurar outros atendimentos médicos, diferente da população mais precária dependente da saúde, a qual muitas vezes conta com filas de espera (NERI, 2002).

É notório quando analisamos indicadores sociais, tal como a mortalidade. Esta se encontra interligada com as más condições de vida, fome e ausência de saneamento básico. As condições e as relações no trabalho também podem impactar de maneira negativa na saúde dos indivíduos, expondo-os a riscos para garantir sua fonte de renda (ISHITANI, 2006).

Vamos usar como exemplo e parâmetro as doenças cardiovasculares (DCV), as quais representam a primeira causa de morte no Brasil. A exposição a fatores de risco colabora para esse incremento, principalmente nas camadas mais pobres da sociedade. Dentre os fatores que podem ser citados, são: tabagismo, sedentarismo, dieta desbalanceada e como consequência aumentam o índice de massa corporal, aumentando o risco de obesidade e de desenvolvimento de outras comorbidades (ISHITANI, 2006).

A relação encontrada entre o índice de mortalidade por DCV e o nível socioeconômico, encontra-se no acesso a informações e recursos

que podem ajudar na prevenção dessas doenças. Um indivíduo de baixa renda, não possui condições para comprar um alimento orgânico, fazer uma dieta balanceada, ter acesso a grãos, castanhas, suplementos, fazer uma academia, etc. Os pobres se alimentam com produtos saturados, que “rendem” e seja suficiente para alimentar a família inteira, como uma quantidade alta de gordura saturada e poucos nutrientes e isso influencia diretamente na sua saúde, aumentando a gordura corporal, o colesterol, a pressão arterial, gerando muitos riscos para o futuro (ISHITANI, 2006).

Devemos levar em consideração também como cada país lida com as desigualdades, já que esta pode ser vista como um produto social. Estudos demonstram que sociedades mais igualitárias juntamente com políticas públicas universalistas economicamente possuem maior coesão social, possuem informação e acesso a saúde de forma mais homogênea mostrando, portanto, bons índices de saúde (BARATA, 2009).

Os países que trazem maior homogeneidade na distribuição dos bens de saúde, investem em serviços de saúde universais que diminuem os índices de desigualdade, devido a dois fatores: diminuir a discrepância de condições de vida, assim como salário mais homogêneo a todos indivíduos; com isso, proporciona o acesso a serviços de maneira igual para toda população. Diferente de países que possuem a segregação social, que reforçam as desigualdades econômicas e diminui a oportunidade de acesso a serviços públicos (BARATA, 2009).

Conclusão

Conseguimos notar que a desigualdade socioeconômica em saúde é um processo que deve levar em conta muitos fatores além de apenas a renda per capita. Não é devido apenas a um problema ou centrado em apenas um indivíduo. A mudança deve englobar os processos sociais e políticos. Não podemos trabalhar com apenas um dos fatores ou apenas uns indivíduos. É necessário mudar o todo, diminuindo assim as dis-

crepantes distribuições de poder e propriedade na sociedade (BARATA, 2009).

É necessário avaliar a realidade desses indivíduos, seus cotidianos e contextos em que vivem e assim teremos a real visão do que é desigualdade. Enquanto não houver mobilidade social e distribuição igualitária de renda, não haverá mudanças na desigualdade do acesso a saúde. As pessoas precisam ampliar sua visão sobre o mundo e não ficar apenas interessado em sua realidade individual (NERI, 2002).

Referências

CHOR, D.; LIMA, C. R. *Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set-out, 2005.

ISHITANI, L. H.; FRANCO, G. da C.; Perpétuo, I. H. O.; França, E. *Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil*. Rev Saúde Pública, v. 40, n. 4, p. 684-91, 2006.

NERI, M.; SOARES, W. *Desigualdade social e saúde no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 77-87, 2002.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. *O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social*. Cad. Saúde Pública, v. 34, n. 3, e00101417, 2018.

SIQUEIRA, N. L. *Desigualdade Social em Saúde no Brasil*. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais/Sociologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

BARATA, R. B. *A posição social e seus reflexos sobre a saúde*. Temas em Saúde collection. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 23-39.

BARATA, R. B. *O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde?*. Temas em Saúde collection. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 11-21.

BARATA, R. B. *Ser rico faz bem à saúde?*. Temas em Saúde collection. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 41-53.

CAPÍTULO 3

Falta de adesão à puericultura na atenção primária e suas consequências

Laís Zanchetta Ramos¹
Jesiela Passarini²

Palavras-chave: Pediatria; Puericultura; Atenção básica

Introdução

A infância nem sempre foi reconhecida como parte essencial e determinante da vida do ser humano. A noção dessa complexa fase da vida começou a ser discutida somente após o século XIII. Antes disso, no cruel período medieval, a criança não era cuidada ou protegida como tal, sendo tratada como pequeno adulto e servindo até como mão de obra trabalhadora. Por causa disso, o historiador medievalista Philippe Ariès afirma que talvez naquele velho mundo não houvesse espaço para a infância (PETRY et al., 2019).

Com a criança reconhecida biológica e socialmente, de forma igual a todo indivíduo, o direito à saúde entra em discussão e a assistência à infância ganha o nome de puericultura.

O termo puericultura foi introduzido, em torno de 1762, por um suíço chamado Jacques Ballexserd com o significado criação-cultura-criança e após esse marco a palavra foi acrescida de diversos significados. O Dicionário Aurélio traz uma definição como o conjunto de técnicas usadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação, passando pela primeira infância (0-3 anos), seguindo até o fim da adolescência (19 anos) (BONILHA, 2004; REZER; SOUZA; FAUSTINO, 2020).

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

No Brasil, a puericultura foi implementada no SUS em 2009 pela portaria nº 6687/2009 e proporcionou, dessa forma, a possibilidade do cuidado universal do público infantil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

Nesse sentido, se saímos há tempos do período medieval e a infância ganhou reconhecimento biopsicossocial, cultural e histórico e temos o SUS como órgão democratizador do acesso ao cuidado, por que ainda temos falhas no seguimento de puericultura no Brasil? Foi esse o questionamento que impulsionou a exploração do tema exposto nestas páginas.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, sendo uma na 1ª semana e as outras no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês. Além dessas, são orientadas mais duas consultas no 2º ano de vida, uma no 18º e outra no 24º mês. A partir do 2º ano de vida, as consultas são anuais, próximas ao mês do aniversário (BRASIL, 2012).

A introdução da puericultura na atenção primária de saúde deu o acesso a serviços como orientação sobre higiene, aleitamento materno, alimentação materna e infantil, sinais vitais da criança, diminuição de risco de acidentes, além de incentivar e financiar calendário vacinal completo, entre outros. Nesse contexto, não somente a criança é o alvo do cuidado, mas também sua rede de apoio próxima, sendo a mãe o elo mais importante entre a promoção da saúde e o novo indivíduo (VIERA, 2015).

Esse incentivo do cuidado materno-infantil, principalmente no primeiro ano de vida, é responsável por diminuir a morbimortalidade na infância, sendo capaz também de oferecer às mães uma fonte de apoio e informação nesse processo, no qual podem surgir dúvidas e desafios até para as mães não primigestas. O vínculo construído com os cuidadores de neonato, desde de a gestação, é um fator de forte influência no processo saúde-doença e que geram consequências nas diversas fases do

indivíduo em formação. A Sociedade Brasileira de Pediatria afirma que crianças, até 3 anos de idade, que não são acompanhadas pelo especialista pediatra, de acordo com a frequência recomendada pela Academia Americana de Pediatria, correm duas vezes mais risco de serem hospitalizadas (BASILIO, 2013).

Esse capítulo busca mostrar as consequências que a não adesão à puericultura pode causar, principalmente a perda da oportunidade de intervenção preventiva e as consequências disso nos serviços de saúde. A cultura de prevenção ainda é um hábito pouco exercido pela maioria das pessoas e a puericultura traz o hábito preventivo como um de seus pilares, colocando o enfoque na educação e conscientização de saúde (UNIFESP, 2012).

Assim, esse conteúdo traz como objetivo principal mostrar que quando não há adesão ao serviço de puericultura, as consultas acabam por ter foco curativista, ou seja, voltada apenas para o problema apresentado no momento. Com isso, perde-se a oportunidade de vínculo, prevenção e a consulta e o local de saúde fica reduzido apenas à queixa principal e problemática já desenvolvida, quando a maioria das doenças da primeira infância poderiam ser evitadas com um acompanhamento eficaz (TAVARES et al., 2019; SANTOS et al., 2016).

Discussão

A saúde da criança foi incluída na agenda política de saúde do Brasil pela primeira vez em 1937, com ações de proteção da infância e da maternidade. Em 1975, foi constituída o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo objetivo era a redução da morbidade e mortalidade da criança e da mulher. Continuando o avanço da linha de cuidado da criança na saúde pública, em 1984 foi criado um programa voltado unicamente para a infância, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (COSTA DE MACÊDO, 2016).

Após esses marcos tão importantes para a criança na Atenção Básica, outras estratégias foram sendo incluídas com o objetivo de somar na formação e desenvolvimento dos pequeninos, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004, Rede Cegonha em 2011 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). (COSTA DE MACÊDO, 2016).

Com a PNAISC nasceu a “Caderneta de Saúde da Criança” com a qual o acompanhamento da criança se tornou mais fortalecido e democratizado (COSTA DE MACÊDO, 2016).

Dentro dessa Pediatria Social, o Ministério da Saúde estabeleceu cinco ações básicas de saúde eficientes para reduzir a morbimortalidade infantil, sendo esses: imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, prevenção e controle de doenças diarreicas, prevenção e controle das infecções respiratórias agudas (UNIFESP, 2012).

As cinco ações básicas dentro da assistência da puericultura

1. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil

O papel da equipe multidisciplinar é essencial para contemplar os pilares fundamentados pelas políticas de saúde tais como as consultas médicas e de enfermagem, cuidados odontológicos, visitas domiciliares, grupos educativos, entre outros. Esses diversos braços da Atenção Básica estão sendo estabelecidos para alcançar o cuidado universal para uma máxima adesão possível (UNIFESP, 2012).

O seguimento de puericultura é fundamental para acompanhar o desenvolvimento e crescimento infantil que é considerado o melhor indicador de saúde da criança. Isso porque possui estreita dependência com os fatores econômicos, culturais e contexto social ao qual o infante está

inserido. Em uma consulta de acompanhamento, por exemplo, é possível conhecer o tipo de moradia, se contém saneamento básico ou não e em qual nível os serviços de saúde estão acessíveis para a criança e seus cuidadores (TAVARES et al., 2019).

Nesse contexto, quando identificado uma alteração de desenvolvimento, meios de intervenção e até reversão dos danos pode ser realizado pelos profissionais de saúde. Estudos mostram que os déficits que acontecem durante o crescimento até os dois anos de vida podem ser totalmente restituídos (UNIFESP, 2012).

A análise do crescimento foi sistematizada em forma de um escore dentro do qual a criança é analisada em meio a uma média populacional de altura e peso (VIEIRA, 2014).

O então chamado Escore Z contém classificações de elevado, adequado, baixo ou muito baixo, como demonstrado na tabela a seguir:

Escore Z	Peso	Estatura
>+ 2 escores z	Elevado	Elevado
≥ -2 e $\leq +2$ escores z	Adequado	Adequado
≥ -3 e < -2 escores z	Baixo	Baixo
< -3 escores z	Muito Baixo	Muito Baixo

Fonte: Vieira, 2014 (p.18)

2. Imunização na infância

A imunização no Brasil é uma referência mundial e essa conquista vem sendo construída há mais de três décadas com o Programa Nacional de Imunização. Nesses 30 anos foram erradicadas diversas doenças como a poliomielite e a varíola (BRASIL, 2013). No entanto, movimentos recentes antivacinação têm causado muitos prejuízos epidemiológicos, a ponto de estarem provocando o ressurgimento de doenças eliminadas tais quais como o sarampo, rubéola e difteria (PASSOS; FILHO, 2020).

Cumprir o calendário de vacinação está dentro de um pacto social de saúde e motivações contrárias podem ser identificadas nas consultas de puericultura ao passo que mitos acabaram se difundindo, como reações vacinais (paralisias temporárias, doenças autoimunes, transtorno do espectro autista, doenças neurológicas, entre outras), e o momento de acompanhamento infantil pode ser usado para assegurar eficácia e importância de uma carteira vacinal atualizada (TAVARES et al., 2019; PASSOS; FILHO, 2020).

E assim é possível evitar o indivíduo enquanto infante ou adulto retornar ao sistema de saúde com doenças preveníveis e de custo financeiro e epidemiológicos relevantes, já que os custos mais relevantes com a saúde do indivíduo ao longo de sua vida no SUS, estão no primeiro ano de vida (ARAÚJO, 2017).

3. A promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame

O desmame do mamífero humano é um dos que é impulsionado mais fortemente por motivações socioculturais à instintivas, por isso o aleitamento materno é um dos pilares mais fundamentais a ser abordado tanto em uma consulta pré-natal, quanto pós-natal. A amamentação ultrapassa as questões nutricionais da criança, influenciando sua defesa imunológica a fatores infecciosos, desenvolvimento cognitivo, físico e emocional (DOMINGOS TAVARES, 2011).

Assim, no momento de orientação materna é preciso apontar as vantagens do aleitamento ao vínculo mãe-bebê, ao benefício econômico quando comparado à fórmula, recuperação mais rápida pós-parto e até redução da taxa de câncer de útero e ovário (SETÚBAL, 2011). Contudo, mais importante do colocar as vantagens na hora dessa decisão materna é mostrar as repercussões negativas de um desmame precoce. Entre eles estão o aparecimento de doenças alérgicas, doenças do sistema imunoló-

gico, alguns tipos de cânceres, diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares (GIUGLIANI, 2011).

Um grande problema enfrentado e de grande impacto na morbimortalidade infantil é a desnutrição nos primeiros anos de vida (VIEIRA, 2015). A desnutrição deve ser entendida como um estado de ingestão insuficiente de nutrientes indispensáveis. Durante o acompanhamento de puericultura, não somente é imprescindível que seja identificada a criança deficiente nutricional, mas também a origem desse quadro que pode ser primário ou secundário. As causas primárias estão relacionadas ao fator dietético, baixo poder econômico familiar ou disponibilidade de recursos, enquanto as causas secundárias estão ligadas a alterações fisiológicas como a má absorção e disfunções endócrinas (VIEIRA, 2014).

No Brasil, a desnutrição ainda é um problema que exige atenção das políticas públicas de saúde, pois ainda gera internações hospitalares evitáveis por meio do acompanhamento preventivo proporcionado pela puericultura.

A desnutrição pode ser classificada como aguda, caracterizada pelo baixo peso, e a crônica, caracterizada pela baixa estatura. De acordo com dados do SISVAN, atualmente há 253 municípios brasileiros com 10% ou mais de crianças menores de cinco anos com desnutrição aguda, sendo esses mais concentrados nas regiões Norte e Nordeste do país. A tentativa de minimizar os casos de sub ou desnutrição, a atenção básica faz o incentivo e promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A (SAPS, 2021).

4. O controle e prevenção de doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas

As doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas possuem alta prevalência na infância e constituem um importante problema de saúde pública, ao passo que, acrescentando a desnutrição a essa lista,

formam as três doenças responsáveis pela maioria das mortes antes dos cinco anos de idade. Tanto a doença diarreica quanto a respiratória aguda quando negligenciadas ou tratadas inadequadamente sem orientação, estabelecem uma forte relação com a magnitude da morbimortalidade infantil. Isso reflete diretamente nos serviços de saúde, pois simples protocolos, como a terapia de reidratação oral por exemplo, já são capazes de evitar uma desidratação e até óbito em um quadro diarreico (BENGUIGUI, 2002). Essas ações simples podem evitar o gasto com internações por causas evitáveis, sendo um orçamento poupado que pode ser melhor utilizado pelas políticas públicas de saúde.

A prevenção desses quadros envolve promoção de saúde, intervenções clínicas e sanitárias, identificação de critérios de risco e vulnerabilidade social. Questões as quais são trabalhadas na Atenção Básica e muitas vezes incluídas na puericultura (CARDOZO, 2014).

A negligência à puericultura e suas consequências

As cinco ações básicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, portanto, são de extrema importância na linha de cuidado da criança. Um estudo analisou dados sobre a mortalidade de menores de um ano e apontou que o período pós-neonatal conteve cerca de 90% dos óbitos infantis de crianças híginas em sua maioria com mais de 2500 Kg ao nascer e com mais de 37 semanas.

Nesse cenário, as principais causas de morte no período neonatal e pós-neonatal, quando observadas, apareciam na ordem de maior frequência as malformações, causas externas, algumas doenças infecto-parasitárias e afecções perinatais. Isso nos comprova mais uma vez a importância do seguimento de puericultura e a cultura preventiva por ela propagada, pois as maiores causas de óbitos e agravos no período apontado são totalmente evitáveis quando recebe um suporte em saúde resolutivo e eficaz (SANTOS et al., 2016).

Após entender a importância da conexão entre a criança ou adolescente, seu núcleo familiar e a Unidade Básica de Saúde podemos concluir também quão valoroso são ações básicas de saúde, aplicadas durante a puericultura, definidas pelo Ministério da Saúde para reduzir a morbimortalidade infantil (UNIFESP, 2012).

A imunização é um dos processos acompanhados pela puericultura que quando negligenciado pelos pais há uma ruptura do pacto social pela saúde. Isso porque o plano de vacinação do país foi capaz de erradicar doenças e a falha nesse calendário vacinal trouxe consequências epidemiológicas o reaparecimento de patologias como o sarampo (PASSOS et al., 2020).

Uma outra ação básica do SUS prejudicada pela baixa adesão à puericultura é o incentivo ao aleitamento materno. Principalmente no período perinatal, dúvidas e dificuldades surgem no momento da amamentação e tais problemas são os principais motivos para o abandono do aleitamento exclusivo até o 6 mês, influenciando no desenvolvimento e imunidade da criança (GIUGLIANI, 2011).

O desenvolvimento e crescimento pondero estatural é um indicador excelente para e é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, sendo um dos pilares mais importantes da puericultura. Outras patologias comuns da infância e totalmente relacionadas a morbidade e mortalidade infantil são a desnutrição, doença diarreica e infecção respiratória aguda. O que as três possuem em comum é a possibilidade de evitar agravamento com a identificação precoce e tratamento correto (TAVARES et al., 2019; BENGUIGUI, 2002).

Conclusão

A baixa adesão à puericultura na atenção primária existe e constitui um problema de saúde pública ao passo que acarreta consequências no sistema e na sociedade. Especialistas afirmam que as crianças que

não são levadas à quantidade de consultas, recomendada pela Academia Americana de Pediatria até os 3 anos de idade, correm duas vezes mais risco de darem entrada no hospital. E as estatísticas dobram em caso de doenças crônicas, como asma e problemas cardíacos. Isso se deve a negligência de consultas de rotina e acompanhamento causando uma ruptura do seguimento preventivo que a puericultura realiza e a busca pela rede de saúde acaba acontecendo mediante doenças já instaladas e que, muitas vezes, poderiam ter sido evitadas.

Além disso, a linha de cuidado infantil tem um olhar que abrange não somente as crianças, mas também sua rede próxima de apoio e o meio ao qual está inserida. A promoção em saúde acontece no contato com a atenção básica, na qual a equipe multiprofissional reconhece as vulnerabilidades particulares de cada núcleo familiar e pode intervir e dar o suporte necessário.

Esse tipo de cuidado está totalmente relacionado com o processo saúde-doença e, portanto, reflete nas entradas em um aparelho de saúde e buscas por atendimento médico.

Por fim, podemos afirmar a importância das medidas de incentivo da puericultura na atenção primária e o quanto uma alta adesão a esse serviço pode gerar respostas nos outros segmentos-secundário e terciário. Assim, a promoção e prevenção em saúde permanecem como as principais ferramentas de impacto na qualidade de saúde da sociedade.

Referências

ARAÚJO, W. *Análise dos custos com internações hospitalares com crianças de até um ano de idade no Brasil por Grandes Regiões entre 2006 e 2016*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Atuariais) – Departamento de Ciências Atuariais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

BASILIO, A. *Crianças que não vão ao pediatra com frequência têm duas vezes mais chances de serem hospitalizadas*. 2013. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/criancas-que-nao-vaao-pediatra-com-frequencia-tem-duas-vezes-mais-chances-de-serem-hospitalizadas/>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BENGUIGUI, Y. As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. *Bol. Pneumol. Sanit.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 13-22, jun., 2002. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2002000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BONILHA, L. *Puericultura: olhares e discursos no tempo*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33), 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos*/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 236 p, 2013.

CARDOZO, P. *Prevenção à diarreia e infecção respiratória aguda em crianças menores de 05 anos na equipe de saúde da família nº 27 - UBS Ser-radinho – campo grande/MS*. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação (Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família) – Departamento de Ciências Atuariais, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

COSTA DE MACÊDO, V. *Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. 43 p.

DOMINGOS TAVARES, P. *Fatores de risco associados ao desmame precoce*. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação (Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família) – Departamento de Ciências Atuariais, Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2011.

GIUGLIANI; E. R. J. *Desmame: Fatos e Mitos*. 2011. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/Desmame-Fatos-e-Mitos.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PASSOS, F. da T.; FILHO, I. M. de M. Movimento antivacina: revisão narrativa da literatura sobre fatores de adesão e não adesão à vacinação. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 3, n. 6, p. 170–181, 2020. DOI: 10.5281/zenodo.3891915. Disponível em: <<http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/115>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

PETRY, L.; RESMINI, G.; FRANCO, M.; MEIMES, M. Infância. In: Denise Peireira (Org.). *Campos de saberes da história da educação no Brasil*. 3. ed. Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. p. 23-46.

REZER, F.; SOUZA, T. V. de; FAUSTINO, W. R. Dificuldades dos responsáveis por crianças na adesão a puericultura. *Journal Health NPEPS*, v. 5, n. 1, p. 338–350, 2020. DOI: <https://doi.org/10.30681/252610104301>

SANTOS, E. P.; FERRARI, R. A. P.; BERTOLOZZI, M. R.; CARDELLI, A. A. M.; GODOY, C. B.; GENOVESI, F. F. Mortality among children under the age of one: analysis of cases after discharge from maternity. *Rev Esc Enferm USP*, v. 50, n. 3, p. 390-398, 2016.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). *Desnutrição*. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/desnutricao>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SETÚBAL, J. L. *Benefícios da amamentação para a mãe*. 2011. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/beneficios-leite-materno-mae.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *PL Puericultura no SUS (proposta original - na Câmara, nº 6687/2009)*. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/pl-puericultura-no-sus-proposta-original-na-camara-no-66872009/>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

TAVARES, M. N. M.; SILVA, F. J. A.; SILVA, C. R. L.; PINTO, A. G. A. *Consulta de enfermagem em Puericultura na estratégia de saúde da família: revisão integrativa*. Nursing (São Paulo), v. 22, n. 256, p. 3144-3149, 2019.

UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). Especialização em Saúde da Família. *Caso complexo Danrley. Fundamentação teórica: puericultura*. UNIFESP, 2012. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Danrley/Complexo_01_Danrley_Puericultura.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2021.

VIEIRA, M. F. *Baixa adesão ao programa de puericultura na área de abrangência ESF 4 do município de Canápolis-MG*. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação (Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2014.

VIERA, M. *Importância das consultas de puericultura no adequado desenvolvimento da criança*. Una-SUS UNIFESP, 2015.

CAPÍTULO 4

Aleitamento materno em tempos de pandemia

Bruna Harumi Shiraishi¹
Jesiela Passarini²

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Covid-19; Transmissão Vertical

Introdução

Em novembro de 2019, um surto de uma infecção respiratória foi detectado na China, na cidade de Wuhan. Nos exames foi encontrado um novo tipo de coronavírus, nomeado como SARS-CoV-2, causador da doença posteriormente designada como COVID-19. Em pouco tempo, já haviam inúmeros casos confirmados por todo o mundo. Não se sabia muito a respeito da doença que começava a se alastrar pela Terra; contudo era certo a alta taxa de transmissão e milhares de mortes que vinha causando. Assim, em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia, reconhecendo sua elevada transmissibilidade e letalidade (BRASIL, 2021).

Estudos posteriores demonstraram que a taxa de transmissão do novo coronavírus é mais elevada que em pandemias anteriores, como, por exemplo, a Peste Negra e a Gripe Espanhola, que dizimaram milhões de pessoas (REZENDE, 2009, p. 73). Não obstante, outra preocupação da COVID-19 é acerca do quadro clínico cujos sintomas é bastante variado. Pode apresentar-se com febre, tosse, fadiga, cefaleia, mal estar, mialgia, sintomas respiratórios do trato superior, podendo evoluir potencialmente para insuficiência respiratória aguda grave e óbito. Isso tudo, somado às incertezas acerca da doença, gera preocupação da população, em

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

especial das gestantes e puérperas, que temem prejudicar seus bebês (BRASIL, 2021).

Um momento que supostamente pode haver transmissão vertical, ou seja, a passagem de infecção da mãe para seu filho é durante a amamentação. Sabe-se que o aleitamento materno possui um valor imensurável para o bom desenvolvimento tanto físico quanto cognitivo da criança. É por meio dele que o bebê recebe todos os nutrientes indispensáveis para o seu desenvolvimento e para sua imunidade, resultando em diminuição significativa da mortalidade infantil e da incidência de alergias e infecções (PARKS, 2018).

Outro grande benefício de se amamentar é a promoção de vínculo entre mãe e filho, sendo um momento único de afeto, proporcionando proteção e segurança para o bebê, e autoconfiança na mãe. Ademais, auxilia a mãe reduzindo as chances do desenvolvimento de cânceres de mama e de ovários, e fazendo com que seu útero volte ao tamanho normal mais rapidamente, diminuindo o sangramento e prevenindo contra anemia materna (NUNES, 2015, p.57).

Por conta dos inúmeros benefícios, o Ministério da Saúde em consonância com a OMS recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo nos primeiros 6 meses e, a partir de então, se inicie a alimentação complementar, mantendo o aleitamento por, pelo menos, 2 anos de idade (BRASIL, 2015, p.16). Mas como proceder em casos de lactantes suspeitas ou confirmadas com COVID-19 em meio da incerteza da transmissão vertical da doença?

Objetiva-se nesse estudo, portanto, compreender as orientações do aleitamento materno por mulheres suspeitas ou confirmadas com a infecção pelo SARS-CoV-2, com base em uma revisão de literatura.

Discussão

Para compreender as orientações do aleitamento materno por

mães suspeitas ou confirmadas com a infecção do novo coronavírus, é importante saber o que os estudos atuais trazem a respeito da transmissão da doença. Já está cientificamente comprovado que a transmissão da COVID-19 ocorre, principalmente, por duas maneiras: pelo contato com gotículas de secreções respiratórias de pessoas infectadas pelo vírus, sejam elas sintomáticas ou não, ou por objetos contaminados por elas (BRASIL, 2021).

Contudo, até o momento, ainda não há evidências suficientes que comprovem a transmissão vertical do vírus pela amamentação.

Estudo publicado pela revista científica *The Lancet* avaliou a potencial transmissão vertical durante a gestação e no período neonatal. Para isso, analisou-se amostras de líquido amniótico, sangue do cordão umbilical, Swab de garganta neonatal e amostras de leite materno após a primeira lactação. Os resultados foram negativos para a detecção do SARS-CoV-2. Portanto, mesmo sendo um estudo pequeno, os resultados sugerem a não transmissão vertical, seja ela durante a gestação ou no aleitamento materno (CHEN; GUO; WANG, 2020).

Entretanto, contrariando a pesquisa mencionada acima, o consenso chinês acredita que a amamentação deve ser contraindicada mesmo em casos suspeitos, por haver possibilidades da transmissão vertical da doença. Apesar disso, não comprovaram nenhum caso desse tipo. A grande questão dessa decisão é saber se o risco dessa possível transmissão supera o malefício de não haver o aleitamento materno (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020).

O aleitamento materno é uma das ações mais benéficas que uma mãe pode proporcionar para o filho. Por meio dele, o bebê recebe nutrientes essenciais para seu bom desenvolvimento, sem contar os anticorpos que são passados de mãe para filho, protegendo-os de enfermidades como diarreia, infecções respiratórias, otite média e alergias. É um ato que não demanda tempo de preparação, não possui nenhum custo

financeiro e impacta diretamente na qualidade de vida da criança, com a redução das chances de desenvolver futuramente obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, por exemplo.

Segundo o médico e editor chefe da *Breastfeeding Medicine*, Arthur I. Eidelman, as mães infectadas provavelmente já infectaram seus bebês. Portanto, é importante continuar a amamentação para ser possível a passagem de anticorpos maternos através do leite e, dessa forma, a criança desenvolver a imunidade contra o novo coronavírus. Caso contrário, a criança também estaria infectada e teria que, por si só, produzir os anticorpos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020).

Outras questões que corroboram para a continuação do aleitamento materno são o risco de desenvolver a doença e a sintomatologia apresentada pelas crianças. De acordo com OMS, embora bebês e crianças possam testar positivo para o SARS-CoV-2, eles manifestam baixo risco de infecção. Há poucos casos confirmados nesse grupo etário e a maioria são assintomáticos ou apresentam sintomas leves.

Apesar de não haver fortes evidências até o momento e realçar a necessidade de maior pesquisa sobre o impacto da COVID-19 nas gestantes, é aconselhado pela OMS a continuação da amamentação inclusive na primeira hora de vida, juntamente com o contato pele a pele. Para isso, recomenda-se tomar certos cuidados, como utilizar máscara durante a amamentação e higienizar as mãos corretamente antes e após encostar no bebê. Nos casos em que não for possível, pode-se retirar manualmente o leite e oferecer com o auxílio do copinho.

Seguindo a mesmo raciocínio, a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e também o Ministério da Saúde continuam a recomendar o aleitamento materno até mesmo em casos de mães sintomáticas desde que elas queiram, estejam aptas e mantenham as precauções para reduzir o risco de transmissão. Dentre as recomendações do Ministério da Saúde para as

mães infectadas pelo coronavírus estão: lavar as mãos por 20 segundos antes de pegar o lactente, usar máscara e evitar conversar ou tossir durante a amamentação, além de trocá-las com frequência, ou seja, a cada mamada ou imediatamente após tossir.

O órgão de vigilância dos Estados Unidos, Center for Disease Control and Prevention (CDC), em concordância com as recomendações do Ministério da Saúde e OMS, afirma que o aleitamento materno é um fator protetivo contra várias doenças e que a transmissão pelo leite materno seja improvável. Suas orientações são bem semelhantes com a OMS. Revisão feita em Londres pelo Royal College of Obstetrician and Gynaecologists (RCOG) seguem a mesma perspectiva de apoiar a amamentação com as devidas precauções.

Em casos em que a mãe esteja muito receosa em transmitir o vírus para o bebê ou quando não há boas condições saúde para amamentar, o Ministério da Saúde, assim como a OMS, orienta incentivar a extração manual do leite ou através de bombas extratoras. Nesses casos, também é preciso seguir as recomendações já citadas acima, além de limpar adequadamente as bombas de extração de leite a cada uso e considerar a ajuda de alguém saudável para oferecer o leite ao bebê em copinho ou colher. Essas formas de ofertar o leite para o bebê são ideais para posteriormente não haver confusão de bicos, assim como a recusa do peito.

Conclusão

Tendo como base as evidências existentes até o momento, é notória a necessidade de maiores estudos a respeito da transmissibilidade da COVID-19 da mãe para o filho, pois ainda não há conhecimentos suficientes para descartar por completo a transmissão vertical. Apesar disso, levando em consideração os inúmeros benefícios do aleitamento materno, há consenso entre a OMS, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria em recomendar a continuação da amamenta-

ção mesmo em casos de mulheres confirmadas ou suspeitas pelo SARS-CoV-2. As principais publicações existentes indicam que os benefícios da amamentação são superiores ao risco de transmissão do vírus. Para tal é fundamental acima de tudo que as lactantes tomem precauções iguais aos demais, como uso de máscaras cobrindo completamente a boca e o nariz e higienizar as mãos corretamente.

Referências

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Comunicado nº 1, Coronavírus-COVID-19-Vacinas, 16 de Dezembro de 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/SEI_ANVISA1712695ComunicadoPublico.pdf. Acessado em 22 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Ciclos da Vida Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. NOTA TÉCNICA Nº 15/2020-COCAM/CG-CIVI/DAPES/SAPS/MS. [S.l.], 5 ago. 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/20200805_N_NotaTecnicaCovidCocam15_8045946382474299533.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar, 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acessado em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acessado em: 23 de jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica : emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19, Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19>. Acesso em: 19 jul. 2021.

CHEN H, GUO J, WANG C, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records, *Lancet* 12 fev. 2020; 395: 809–15. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930360-3>. Acesso em: 19 jul. 2021.

DCAM. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Nota Técnica. O aleitamento materno nos Tempos de COVID-19!, Sociedade Brasileira de Pediatria [S. l.], 9 mar. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22393c-Nota_de_Alerta_sobe_Aleitam_Materno_nos_Tempos_COVID-19.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

DCAM. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Nota Técnica. Aleitamento materno em tempos de COVID-19- recomendações na maternidade e após a alta. Sociedade Brasileira de Pediatria. 22 de maio de 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22467f-NA_-_AleitMat_tempos_COVID-19-_na_matern_e_apos_alta.pdf. Acessado em: 23 de jan. de 2022.

NUNES L. M. Importância do aleitamento materno na atualidade. *Boletim Científico de Pediatria*. 2015; v. 04(3): p. 55-58. Disponível em: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160529234034bcped_v4_n3_a2.pdf#:~:text=O%20aleitamento%20materno%20é%20uma%20prática%20fundamental%20para,macronutrientes%20e%20micronutrientes%20nos%20aspectos%20quantitativos%20e%20qualitativos. Acessado em 19 jul. 2021

OMS, Organização Mundial da Saúde. FAQ: Breastfeeding and COVID-19, for health care workers, Department News, Geneva, 28 de abril de 2020, Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/maternal-health/faqs-breastfeeding-and-covid-19_805d4ce-8-2329-4227-9261-695afa68b32c.pdf?sfvrsn= Acessado em: 22 de jan. de 2022.

PARKS, E.P. et al. Alimentação de Lactentes, Crianças e Adolescentes Saudáveis: Alimentação durante o primeiro ano de vida. In: KLIEGMAN, R.M. et al. Nelson tratado de pediatria. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. cap. 45, p. 1436 -1476. ISBN 978-85-382-8466-9.

REZENDE, J.M. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. In: As Grandes Epidemias da História. [S. l.: s. n.], 2009. cap. As grandes epidemias da história, p. 73-82. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-08.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

II - Desafio do novo financiamento

CAPÍTULO 1

Novo financiamento: perspectivas na atenção primária

Jéssica Moreira Fernandes¹
Lucila Bistaffa de Paula²

Palavras-chave: Atenção Primária; Financiamento; Sistema Único de Saúde

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde, responsável pela integração e coordenação do cuidado. Ela possui a capacidade de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade, utilizando-se de densidade tecnológica adequada, evitando intervenções desnecessárias e garantindo maior segurança ao paciente (LOPES et al., 2020; WHO, 2008).

Em decorrência de sua amplitude e complexidade, torna-se um desafio mensurar os resultados alcançados pela APS em sistemas de cobertura universal de saúde através da utilização de instrumentos, principalmente quando queremos equalizá-la e ao mesmo tempo, monitorar e avaliar seus resultados enquanto Política Pública de Saúde, tendo em vista a necessidade de considerar aspectos multidimensionais para avaliar seu impacto sobre a saúde da população (SELLERA et al., 2020; SCHAFER et al., 2011).

O financiamento da Atenção Básica foi instituído através da Norma Operacional Básica (NOB 96), que definiu competências para estados, municípios e União, instaurando o Piso de Atenção Básica (PAB) que definia o repasse de recursos para manutenção do serviço com base em um valor per capita, composto por parte fixa e variável (BRASIL, 1996).

¹Convidada, Enfermeira residente – Egressa do UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

Na parte fixa, os recursos eram transferidos mensalmente e de forma regular de acordo com a classificação dos municípios estabelecida por peso baseado no PIB per capita do município, percentual da população com Bolsa Família ou em extrema pobreza, densidade demográfica e porcentagem de pessoas com Plano de Saúde (BRASIL, 1996).

Já a parte variável era associada a adesão do município à programas específicos como Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (nomenclatura utilizada até aquele momento) e de Combate às Carências Nutricionais (BRASIL, 1996).

Nessa linha, em 2001 as responsabilidades assistenciais da APS foram aumentadas através da NOB 01/2001, que instituiu a gestão plena da Atenção Básica/APS ampliada, instituindo o PAB Ampliado (que por fim acabou sendo incorporado ao PAB fixo). Além disso, a partir do estabelecimento de blocos de financiamento a fragmentação dos repasses foi reforçada (BRASIL, 2007).

Essa fragmentação embargou a autonomia dos gestores municipais que ficaram presos aos repasses inflexíveis e pouco eficientes para as realidades municipais (HARZHEIM et al., 2020).

Logo mais em 2017, a Portaria 3.992, de 28 de dezembro alterou o cenário a partir do estabelecimento de apenas dois blocos: custeio e investimento (BRASIL, 2017).

Através do bloco de custeio, os recursos financeiros seriam transferidos com destino à manutenção das ações e serviços públicos de saúde. Ao tempo que no bloco de investimento, os recursos financeiros seriam destinados à aquisição de equipamentos, obras para instalações novas e reformas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2017).

Dessa forma, a autonomia foi devolvida aos gestores municipais através da desvinculação financeira, que por sua vez, permitia qualificar a gestão com base na percepção das necessidades (HARZHEIM et al.,

2020).

Entretanto, até este momento, o Ministério da Saúde financiava somente a existência de equipes de APS, sem reflexos sobre sua responsabilização ou resolutividade. O PAB Fixo não considerava a população efetivamente coberta pelas equipes de APS e tampouco ponderava valores por indivíduos mais vulneráveis. Já o PAB Variável era repassado segundo a adesão a estratégias que mensuram mais os aspectos de capacidade instalada (como o número de equipes de saúde da família implantadas e população com cobertura potencial) que os resultados em saúde (REIS et al., 2019).

Como resultado, tinha-se a falta de informação individualizada para tomada de decisão em todos os três níveis de gestão: municipal, estadual e federal, visto que o modelo não considerava o registro individual de cada pessoa, mas sim, um cálculo aproximado de uma equipe de Saúde da Família para uma média de 3.450 habitantes (REIS et al., 2019).

Analisando os últimos 25 anos, os avanços propostos pela APS, representada especialmente pela Estratégia Saúde da Família, são indiscutíveis, como a expressiva redução da mortalidade infantil, redução de mortalidade evitável, redução de internações por condições sensíveis, entre outros avanços (BASTOS et al., 2017; KRINGOS et al., 2013; ROCHA; SOARES, 2010).

Em contrapartida, percebe-se uma diminuição expressiva na velocidade de ganhos em saúde frente ao investimento público. Há fragilidades estruturais, diminuição da cobertura vacinal, perda de velocidade na redução da mortalidade infantil, uma grande proporção de internações hospitalares evitáveis, além de enorme dificuldade no manejo das doenças crônicas, no envelhecimento e, também no enfrentamento da sífilis e do HIV (HARZHEIM et al., 2020).

Além do desafio em aumentar a efetividade da APS no SUS, sua eficiência também passou a preocupar após um estudo do Banco Mun-

dial revelar que o nível de eficiência da atenção primária à saúde (APS) estava em torno de 60%, com um desperdício anual de aproximadamente R\$ 9.3 bilhões, somando os recursos dos três níveis de gestão (BANCO MUNDIAL, 2017).

Recentemente foi criado o novo modelo de financiamento da APS promulgado através da Portaria nº 2.979 em 12 de novembro de 2019, a qual institui o Programa “Previne Brasil”, padrão de custeio inspirado em modelos internacionais que prevê a redução das iniquidades sociais a partir da equidade na distribuição de recursos (HARZHEIM et al., 2020).

Tal programa reformulou os critérios para transferência de recursos financeiros e norteou o cálculo relacionando os seguintes fatores: Capitação Ponderada; Pagamento por desempenho; e Incentivo para Ações Estratégicas.

Capitação Ponderada: Os critérios considerados para o cálculo da Capitação Ponderada são: I – números de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP); II - vulnerabilidade econômica; III – perfil de idade; IIII – zona rural ou urbana de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Pagamento por desempenho: O pagamento por desempenho é feito pela análise dos resultados de indicadores de cada equipe de saúde credenciada no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Eram indicadores para o ano de 2020: 1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20^a semana de gestação; 2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; 4. Cobertura de exame citopatológico; 5. Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente; 6. Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; 7.

Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Incentivo para Ações Estratégicas: Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde.

O cálculo pondera as especificidades e prioridades em saúde, os aspectos estruturais das equipes e a produção em ações estratégicas em saúde (BRASIL, 2019a), abrangendo os seguintes programas: Saúde na Hora, Equipe de Saúde Bucal (eSB), Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP), Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Primária (eAP) que atendem adolescentes em conflito com a Lei, Programa Saúde na Escola (PSE), Polo de Academia da Saúde, Informatização de equipe, Custeio aos municípios com Residência Médica e Multiprofissional, entre outros.

Tendo em vista a relevância do financiamento para a Atenção Básica, faz-se necessário discutir seus impactos e novas perspectivas.

Discussão

A reforma do financiamento da APS foi desenhada a partir da análise de modelos internacionais de sucesso, adaptados à realidade brasileira.

Outrossim, a capitação já era encontrada em modelos de financiamento da APS em diversos países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Espanha, Suécia, Noruega, Holanda, Nova Zelândia, entre outros, bem como o pagamento por desempenho em países como Austrália, Portugal, Turquia, Reino Unido, Nova Zelândia, entre outros (BUCK; DIXON, 2013).

Nessa linha, o Brasil optou pelo modelo misto de financiamento da APS, assim como o Reino Unido, envolvendo capitação ponderada,

pagamento por desempenho e pagamento para oferta de serviços específicos.

Tal escolha foi justificada pelo reconhecimento de que no Brasil há necessidade de indução a existência de alguns serviços específicos como o Saúde na Hora que mantém as UBS trabalhando em horário ampliado, as equipes de saúde bucal, InformatizaAPS que institui o envio de informações das equipes de Saúde da Família por meio de prontuários eletrônicos, incentivo para residência em Medicina de Família e Comunidade e a residência Multiprofissional (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2019c; BRASIL, 2019d).

Para Smith e Rice (1999), apostar em um modelo de capitação, relaciona-se diretamente à equidade e eficiência, visto que há garantia de acesso igualitário e priorização das maiores necessidades em saúde, além de formar prestadores mais conscientes às questões dos custos e benefícios de suas ações.

A capitação apresenta diversas vantagens como a adscrição de clientela, a responsabilização por uma determinada população e o fortalecimento do vínculo com equipes de saúde/serviços. Além disso, a capitação pode dar ao usuário a opção de se vincular ao serviço que desejar, estimulando a competição entre equipes (MASSUDA, 2020).

Entretanto, há o risco da seleção de pacientes (risk selection) por meio da criação de barreiras para registro de pessoas que utilizem excessivamente o sistema de saúde ou que façam tratamentos de alto custo (JEGERS et al., 2002).

Ao se adotar a capitação como critério para financiamento da APS no SUS, em substituição ao financiamento per-capita, o financiamento no país deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios (MASSUDA, 2020).

No lançamento do programa, o Ministério da Saúde apresentou a existência de 90 milhões de pessoas cadastradas e que busca regis-

trar outros 50 milhões. Posteriormente, outros dados foram divulgados, apontando para 93 milhões de pessoas cadastradas frente a um número calculado de cobertura que deveria ser de 148 milhões de pessoas (BRASIL, 2019a). Portanto, nota-se que a meta do governo federal não é financiar a APS para o total da população brasileira.

Embora seja esperado que a nova política possa aumentar o número de pessoas registradas em serviços de APS, e que a ponderação valorize regiões mais vulneráveis, o financiamento será dependente da efetividade do cadastro, o que deve variar substancialmente no país (HONE et al., 2017).

Municípios em áreas carentes devem apresentar maior dificuldade administrativa para registro das pessoas, enquanto que para cidades populosas, com grandes aglomerados populacionais, o cadastro de toda a população pode ser uma tarefa altamente complexa (SÃO PAULO, 2019). A partir do exposto, tendo em vista que parte do repasse da APS está condicionado ao número de cadastros efetuados na Estratégia, pode-se incorrer na redução de recursos para a APS em regiões de grande necessidade.

Uma das simulações do impacto do novo financiamento da APS nos municípios brasileiros para o ano de 2020, revelou que assim que o modelo entrasse em vigor, 1.354 municípios perderiam dinheiro inicialmente (valor da Perda: R\$ 293.552.435,29) e 4.216 ganhariam (valor do Ganho: R\$ 2.323.460.870,74), ou seja, 24% apresentariam perda de receitas (HARZHEIM et al., 2020).

Visando o equilíbrio desse cenário, o Ministério resolveu garantir às 12 competências de 2020: o valor do melhor PAB (fixo + Variável) do ano de 2019. O período de transição definido inicialmente era de um ano e, para o cálculo das competências, seria considerado o ano de 2020. Para garantir o ganho potencial de R\$ 2,3 bilhões, os mais de 4.200 municípios deveriam ampliar o número de pessoas cadastradas nas equipes

de Saúde da Família (HARZHEIM et al., 2020).

Entretanto, em um estudo realizado no Nordeste Brasileiro em 2020, constatou-se que a maioria das unidades federativas que compõem a região não apresentaram evolução no percentual de cadastros individuais entre 2019Q3 e 2020Q3, ou seja, era certo que muitas unidades da federação apresentariam perca de recursos financeiros em 2021 (LOPES et al., 2020).

Apesar da remuneração de serviços por avaliação de desempenho buscar estimular que as equipes aumentem produtividade para atingir metas pré-estabelecidas, evidências sugerem melhorias modestas em indicadores de processos sob avaliação e nenhuma melhoria consistente nos resultados em saúde (RYAN et al., 2016).

Além disso, o instrumento pode apresentar como efeito colateral a redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação, pois ao se estabelecer a avaliação de desempenho como critério para o financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem atenção em indicadores que serão monitorados, alterando o escopo de trabalho das equipes de APS que deve ter como objeto os problemas de saúde apresentados pela comunidade (MASSUDA, 2020).

A abrangência dos serviços da APS também pode ser comprometida em função da nova política ter deixado de financiar equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja atuação tem sido descrita como de grande relevância para aumentar a capacidade resolutiva da APS, bem como apoiar a sua integração em redes de saúde (TESSER & POLI NETO, 2017).

Em tese, o novo modelo de financiamento busca corrigir distorções de acesso aos mais vulneráveis, a inclusão de pessoas que não estavam cadastradas junto as ESF, a reorganização do cuidado, pois induz uma identificação mais adequada das pessoas vinculadas a cada equipe

de saúde da família, a melhoria de indicadores buscando melhores resultados no cuidado, motivar o uso de prontuários eletrônicos, permitindo um cuidado longitudinal e coordenado mais adequado, com objetivo final de fortalecer os atributos da APS.

Contudo, é imprescindível salientar que experiências internacionais são multiformes e que a padronização dos resultados não deve ser tendência vista diferentes realidades territoriais.

Nessa senda, o contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (covid-19) trouxe diversas implicações para a transição do modelo de financiamento. Através de diversas portarias, a etapa de transição foi prorrogada e incentivos extra foram criados.

Por fim, com a finalização do período de transição do Programa Previne Brasil, concomitantemente à persistência da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus, foi instituído novo período de compensação financeira para o ano de 2021, conforme Portaria GM/MS nº 214, de 3 de fevereiro de 2021.

No entanto, cabe ressaltar que, a partir da competência financeira maio de 2021, ocorreu a verificação da situação real de cadastro atingido, ou seja, o valor da Capitação Ponderada foi calculado de acordo com a população efetivamente cadastrada em eSF e eAP, observando as demais regras e critérios de ponderação, com revisão quadrimestral.

Ainda foi instituído o Incentivo Financeiro com base em critério populacional nas quatro primeiras competências financeiras do ano de 2021, com o objetivo de mitigar os efeitos decorrentes da pandemia de covid-19 e o Incentivo financeiro de fator de correção, que foi transferido de forma adicional, aos municípios que apresentam decréscimo dos valores, considerando o resultado da comparação de valores mencionada acima, sendo recalculado e atualizado a cada quadrimestre.

Outra mudança foi estabelecida pela Portaria GM/MS nº 247/

GM/MS, de 9 de fevereiro de 2021, que excepcionalmente para o ano de 2021 definiu que o cálculo do incentivo financeiro da Capitação Ponderada poderá levar em consideração o quantitativo de pessoas cadastradas, mesmo quando ele for superior à população definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ou seja, nos casos em que o município ou Distrito Federal realizar o cadastro de toda a sua população, mesmo que o quantitativo total de cadastro ultrapasse a estimativa populacional definida pelo IBGE, os cadastros serão contabilizados para custeio.

A partir da competência financeira setembro de 2021, o valor do Pagamento por Desempenho passará a ser calculado com base no resultado efetivamente alcançado nos indicadores por equipe/município, com revisão quadrimestral dos valores a serem transferidos.

Conclusão

Apesar da beleza conceitual do novo modelo de financiamento da APS, a adoção da capitação e a avaliação de desempenho como critérios para cálculo de transferências intergovernamentais pode estar mais ligada a propósitos restritivos do que a qualificação de serviços, devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS.

Tendo em vista a restrição orçamentaria, que agravará o subfinanciamento público da saúde no Brasil, a nova política pode contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF.

Trata-se, portanto, de um processo que deve ser observado, avaliado e alterado, se necessário, pois a APS precisa avançar com garantia de financiamento compatível com suas atribuições e potencialidades.

Referências

BANCO MUNDIAL. *Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil* [página na Internet]. 2017. Disponível em: <<https://www.worldbankorg/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>>. Acesso em: 02 fev. 2021.

BASTOS, M. L.; MENZIES, D.; HONE, T.; DEGHANI, K.; TRAJMAN, A. Correction: *The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review*. PLoS One, v. 12, n. 12, e0189557, 2017.

BRASIL. *Portaria GM nº 2.203*, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. *Portaria nº 95*, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOASSUS 01/2001. Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. *Portaria nº 204*, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, 2007.

BRASIL. *Portaria nº 3.992*, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. *Portaria nº 2.979*, de 12 de novembro de 2019a. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. *Portaria nº 930*, de 15 de maio de 2019b. Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/ MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/ MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/ MS, de 2017, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. *Portaria nº 2.983* de 11 de Novembro de 2019c. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. *Portaria nº 3.510* de 18 de dezembro de 2019d. Altera a portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, 2019.

BUCK, D.; DIXON, A. *Improving the allocation of health resources in England - How to decide who gets what. Ideas that change Health Care*. Londres: The Kings Fund, 2013.

HARZHEIM, E.; D’AVILA, O. P.; RIBEIRO, D. C.; RAMOS, L. G., SILVA, L. E.; SANTOS, C. M. J.; COSTA, L. G. M.; CUNHA, C. R. H.; PEDEBOS, L. A. *Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil*. *Ciência & Saúde coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M.; ATUN, R.; MAJEED, A.; MILLETT, C. *Large reductions in amenable mortality associated with Brazil’s primary care expansion and strong health governance*. *Health Affairs*, v. 36, n. 1, p. 149-158, 2017.

JEGERS, M.; KESTELOOT, K.; DE GRAEVE, D.; GILLES, W. *A typology for provider payment systems in healthcare*. *Health policy*, v. 60, n. 3, p. 255-273, 2002.

KRINGOS, D. S.; BOERMA, W.; VAN DER ZEE, J.; GROENEWEGEN, P. *Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked to Better Population Health But Also To Higher Health Spending*. *Health Affairs*, v. 32, n. 4, p. 686-694, 2013.

LOPES, S. P. A.; MOREIRA, M. B. A.; ALMEIDA, M. A. de; ARAÚJO, J. de S.; FIGUEIREDO, L. G. M.; ARAÚJO, B. L. S.; CANGUSSU, M. C. T. *Evolution of individual registrations in SISAB from the new financing of Primary Care: A descriptive study*. *SciELO Preprints*, v. 1, 2020.

MASSUDA, A. *Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

REIS, J. G.; HARZHEIM, E.; NACHIF, M. C. A.; FREITAS, J. C.; D'ÁVILA, O.; HAUSER, L.; MARTINS, C.; PEDEBOS, L. A.; PINTO, L. F. *Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.

RICE, P.; SMITH, P. *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*. York: Centre for Health Economics, The University of York; 1999.

ROCHA, R.; SOARES, R. *Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program*. *Health Economics*, v. 129, n. 51, p. 126-158, 2010.

RYAN, A. M.; KRINSKY, S.; KONTOPANTELIS, E.; DORAN, T. *Longterm evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study*. *Lancet*, v. 388, n. 10041, p. 268-274, 2016.

SÃO PAULO. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP). *Nota técnica COSEMS/São Paulo: novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde*. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/nota-tecnica-cosems-sp-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

SCHAFFER, W. L.; BOERMA, W. G.; KRINGOS, D. S.; DE MAESENEER, J.; GRESS, S.; HEINEMANN, S.; ROTAR-PAVLIC, D.; SEGHERI, C.; SVAB, I.; VAN DEN BERG, M. J.; VAINIERI, M.; WESTERT, G. P.; WILLEMS, S.; GROENEWEGEN, P. P. QUALICOPC, *a multicountry study evaluating quality, costs and equity in primary care*. BMC Family Practice, v. 12, n. 115, 2011.

SELLERA, P. E. G.; PEDEBOS, L. A.; HARZHEIM, E.; MEDEIROS, O. L.; RAMOS, L. G.; MARTINS, C.; D'AVILA, O. P. *Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, p. 1401-1412, 2020.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. *Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever*. Geneva: WHO; 2008.

III - Iniquidade Social no Brasil

CAPÍTULO 1

Assistência social no âmbito da atenção primária à saúde

Cintia Kawata¹

Ricardo Burato Dias²

Palavras-chave: Assistência Social na APS; Condições Socioeconômicas; Atenção Primária à Saúde

Introdução

O conceito de saúde é intrinsecamente ligado à qualidade de condições sociais e de vida. Assim, um dos pontos iniciais da discussão sobre assistência básica ganha forças na década de 1980, a respeito do direito à democracia e direitos de cidadania. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foram discutidas as diretrizes para a construção de um sistema de saúde único e descentralizado, sendo um dos momentos mais importantes do nosso país. Foi neste momento que nosso Sistema Único de Saúde (SUS) criou forma e diversos temas foram discutidos durante a conferência, entre eles: a reformulação do sistema nacional de saúde, a saúde como dever do estado e direito do cidadão e a questão do financiamento do setor saúde.

Com a promulgação da Constituição de 1988, diversos avanços ocorreram na política de saúde e de seguridade social. As ações e serviços de saúde passaram a ser asseguradas como direito de todos e dever do Estado, sendo de acesso universal e igualitário, elementos estes essenciais para consolidação do processo democrático.

Nesta senda, a regulamentação do SUS se deu através da Lei nº 8080/1990 e esta se configura através de diversos princípios e diretri-

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

zes, como a promoção, proteção e recuperação da saúde, a dinâmica e performance dos serviços, corroborando, assim para a igualdade de assistência à saúde, sem discriminações ou privilégios de qualquer esfera (BRASIL, 1990).

Portanto, com a sua criação, uma diretriz de conceitos e bases de ações ganham um eixo capaz de contemplar o acesso universal, igualitário e integridade que estão de acordo com o princípio da isonomia tornando possível a efetivação da cidadania e dos direitos.

Diante das etapas do atendimento do SUS, a atenção primária é a principal porta de entrada do usuário (qualquer pessoa) e a qual faz toda uma ligação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do sistema público com o assistencialismo social. A atenção primária é o primeiro nível de atenção em saúde, que abrange a promoção e a proteção no que se refere a saúde. Neste nível de atenção à saúde, ocorre ações de promoção e prevenção, além do diagnóstico e tratamento, para a manutenção de sua saúde e assim consecutivamente desenvolver uma atenção integral na vida do cidadão, influenciando sua vida pessoal e coletiva.

O atendimento inicial de um usuário que procura o serviço de saúde se inicia com sua passagem pela triagem/acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde ocorre a identificação da necessidade do mesmo. Alguns pacientes ao passar por atendimento médico (clínico geral / especialista em saúde da família e comunidade) recebem orientações e nos casos onde há necessidade de acompanhamento por outros profissionais da equipe que atuam na unidade de saúde, o mesmo já realiza o encaminhamento. Se ocorrer a prescrição de medicamento, o usuário muitas vezes tem a possibilidade da retirada deste na farmácia da própria unidade; entregue por profissional habilitado, que realizará as orientações, sendo isto um dos avanços na Atenção Primária à Saúde (APS).

Tais implementações trouxeram benefícios, pois muitas vezes o

paciente não realizava o tratamento indicado pela indisponibilidade de locomoção/transporte para retirar o medicamento na farmácia central do município ou mesmo em virtude de alguns medicamentos indicados (mesmo padronizados pela rede municipal) nem sempre estar disponíveis, além das situações onde ocorre a prescrição de medicamentos não padronizados na rede municipal, daí a necessidade do apoio da rede de assistência social para efetivação das políticas públicas, que atenda a demanda de maneira célere e produtiva, sendo fundamentais as ações voltadas a uma rede de assistencialismo efetiva.

A atuação do profissional de Serviço Social se torna fundamental, visto o trabalho que o mesmo desempenha em seu campo de atuação, sendo a profissão de Assistente Social disposta através da lei federal nº 8.662 (1993) e através da Resolução CFESS nº 383/99 o mesmo é caracterizado como profissional da saúde, porém poderá ser inserido em outras áreas, não exclusivamente na área da saúde, atuando no âmbito das políticas sociais.

Temos assim, por finalidade, descrever uma análise de fatores que estão relacionados com a trajetória do Serviço de Assistencialismo Social desde a criação do SUS indo de encontro ao atendimento as famílias e suas necessidades individuais ou coletivas. A família e o seu contexto socioeconômico são cenários fundamentais e interferem nesta realidade de assistencialismo, pois a efetivação de um tratamento adequado depende de um olhar voltado ao conhecimento das suas condições de vida e necessidades.

Discussão

O assistente social tem um importante papel, no diagnóstico e discussão das condições sociais dos indivíduos e de comunidades, sempre trabalhando em conjunto com outros profissionais com o objetivo de atuar na garantia de direitos e acesso aos serviços de saúde da popula-

ção, acolher as pessoas vulnerabilizadas diante da desigualdade social. Neste sentido, Fleury & Ouverney (2012) destacam que a política de saúde como uma política social, por assegurar o acesso daqueles que são considerados usuários dos sistemas de proteção social a um conjunto de benefícios. Consideram ainda, que a participação plena dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos e isto é pensar em saúde como direito.

É importante frisar, que o assistente social por atuar em uma profissão de intervenção, tem sua prática de ação voltada a vários eixos da questão social, buscando o acesso de populações excluídas dos serviços e benefícios já assegurados, principalmente nas questões relacionadas a violação dos direitos que afetam vários segmentos da população; entre estes os relacionados a área da saúde, onde a vida é trabalhada “em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, passando pela infância, juventude, vida adulta, processo de envelhecimento, até a finitude” (MARTINELLI, 2011).

Nesta senda, sua prática deve ser voltada para ações objetivas com olhar humanizado (humanização) e, em virtude das diversas demandas relacionadas/apresentadas pelas famílias, tais como o alcoolismo, drogas, violência doméstica e a dificuldade de algumas famílias em cuidar de seus idosos, crianças, familiar com necessidades especiais (deficiente), se tornou necessário incluir o profissional do serviço social junto as equipes das UBS.

Segundo Martinelli (2011), um bom acolhimento pede um gesto humano, um olhar solidário disposto a doar seu tempo para ouvir o que o outro tem a dizer em relação as questões dos direitos sociais e tentar buscar um caminho o qual possa fazer a diferença. O Assistente Social na área de saúde, necessita discutir com os usuários as problemáticas situações existentes; fazer acompanhamento social, estimular o usuário a participar do tratamento da saúde; discutir com os demais membros da

equipe de saúde sobre a situação do paciente de suas unidades, interpretando a situação social do mesmo; informar e discutir com os usuários acerca dos direitos sociais, mobilizando-o ao exercício da cidadania; elaborar relatórios sociais e pareceres sobre matérias específicas do serviço social; participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar; discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente.

Para Santos & Biasoli (2009 *apud* COSTA, 2017), a formação de um profissional do Serviço Social que atua na Atenção Primária à Saúde (APS) é ampla para buscar apoiar vários segmentos sociais; de caráter generalista com formação acadêmica tendo base técnica, teórica, prática e política, sendo a profissão da assistência social que por estar inserida e articulada com outras políticas, em especial na dimensão da educação, trabalho, saúde, previdência social e cultura, trabalha com diversas nucleações e segmentos populacionais. Sendo que, seu papel fundamental visa à promoção humana e à assistência social dos cidadãos em seu meio social. A atuação deste profissional busca atender as diversas ações de habitação, educação, cultura e saúde; em especial famílias que possuem crianças, adolescentes e pessoas de terceira idade.

Tendo em vista a importância da interdisciplinaridade para a integralidade das ações, deve ocorrer a articulação das diversas categorias profissionais para a efetivação do direito social à saúde, de acordo com Camargo (2011 *apud* COSTA, 2017); estar comprometido com a defesa da reforma sanitária como modelo de atenção e proposta político-democrática orientadora do processo de trabalho em saúde, visando atenção aos princípios e diretrizes do SUS, como forma de política de saúde pública, de caráter universal, com atuação intersetorial.

Ter consciência desse desafio faz do assistente social um profissional apto a intervir nas questões sociais. A intervenção profissional deste profissional acontece no campo da proposição e formulação da ges-

tão, do desenvolvimento e execução das políticas públicas, possibilitando o acesso dos segmentos das populações excluídas dos serviços, dos benefícios que foram conquistados socialmente que assegura a cidadania, participação e exercício do controle social. Assim, por meio da convivência com pacientes e seus familiares, deve ocorrer a mediação em relação a direitos constitucionais, embasando-se sempre em fundamentos teóricos, as legislações vigentes e a garantia de acesso universal a saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, o assistente social compõe a equipe multiprofissional, tendo no Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF, sua participação juntamente com outros profissionais, definidos pelo gestor municipal de saúde, podendo ser educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico; entre outros, desde que o profissional seja graduado na área da saúde. O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico metodológico do apoio matricial; constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica (AB), local disponível para dar suporte em situações programadas como também situações imprevistas. Essa passa ser então as demandas atuais do Serviço Social na Saúde.

Segundo Alcântara e Vieira (2013, p.339), um dos maiores desafios postos ao assistente social é o desenvolvimento de sua capacidade em decifrar a realidade e construir propostas voltadas à efetivação de direitos. É por meio da compreensão da realidade social na qual a profissão está inserida que é possível compreender o “como” e o “em quê” consiste a atuação do assistente social. Desse modo, entende-se que a questão social, objeto da atuação profissional, é a base de fundação do Serviço Social na sociedade capitalista, estando ela vinculada a questões estruturais e conjunturais, bem como às formas históricas de seu enfrentamento, que envolvem a ação do capital, do Estado e dos trabalhadores.

A melhoria da qualidade dos serviços e ações de promoção e/ou prevenção na área da saúde, vem ocorrendo principalmente com a participação ativa da população, que por sua vez, tem a clareza de identificar quais são seus principais problemas e quais as respostas mais significativas às suas necessidades. Daí a importância de se envolver cada vez mais a participação dos usuários nas demandas de ações de serviços públicos de saúde; corroborando com Andrade e Vaitsman (2002), que ressalta a importância da participação do usuário nas instituições de atenção à saúde, tal como sua conscientização relacionada aos seus direitos e seu próprio papel na busca de seus interesses; ressaltando a importância da necessidade do reconhecimento pelos profissionais, que o usuário é sujeito ativo no processo do cuidado em saúde.

A inserção do serviço social, através das ações do profissional assistente social, vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, que articula nas diferentes formas de promoção em saúde, políticas de saúde, promoção da cidadania, participação e controle social; tornando-se mais evidente ao ser inserido na equipe da ESF através da lógica do matriciamento, pelo NASF, visando atender aos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência, acesso à informação e o direito à saúde dos usuários do SUS (Mendes e Brito, 2018), buscando assim, executar e propor alternativas para a mudança de vida dos usuários dos seus serviços, cujo papel de educador social reflete em possibilitar aos cidadãos uma consciência do seu papel dentro da sociedade.

Conclusão

A procura de um modelo assistencialista que esteja orientado para a integralidade e as necessidades ampliadas de saúde em sintonia com os princípios do SUS é que melhore as problemáticas existentes e decorrentes hegemônicas da saúde da atenção básica. Um enorme desafio do sistema de saúde brasileiro hoje. Um cenário de forte reflexo nas

políticas públicas; produções acadêmicas; na sociedade em si. É função do assistente social contribuir para que haja uma melhoria próspera, empoderar o usuário das redes públicas a exigir uma melhoria de vida por direito do cidadão desamparado da sociedade; garantir pelo menos uma visita domiciliar para que seu problema seja escutado e levado a uma equipe multidisciplinar para que o mesmo tente pelo menos confabular uma estratégia de ação e tentativa de melhora ao seu paciente.

O Assistente Social no campo da atenção à saúde tem fundamental importância, principalmente na APS, ao identificar determinantes sociais que interferem nas condições de vida e de saúde da população, pois será o profissional que estará levando aos usuários o acesso à informação - democratização da informação. Muitos desconhecem a existência de uma política específica para os usuários de saúde e que possuem condições de reivindicar pelos seus direitos ao reconhecer que estão como sujeitos no processo do cuidado com a saúde, contribuindo desta forma para a participação na humanização do atendimento.

Trata-se, portanto, atuar de forma interdisciplinar junto a equipe de saúde, visando a qualidade dos serviços ofertados à população; incentivando a participação dos usuários nos espaços de atuação, como nos conselhos de saúde, fóruns e demais eixos de atuação para que ocorra a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Por fim, o maior desafio do profissional de assistência social será atuar promovendo sempre sua inserção no campo da assistência social à saúde, defendendo as políticas de saúde frente as diversas tentativas de precarização do acesso à informação, da defesa do direito à saúde pelos usuários do SUS, por meio da promoção da cidadania, participação e controle social.

Referências

ALCANTARA, L. S.; VIEIRA, J. M. W. *Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades*. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 334-348, jul./dez. 2013. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/14332/10744>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. *Apoio social e redes: conectando solidariedade e Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400023>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/f9W594rP9XhqBj-9JKxrk5Fc/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 jan. 2022.

COSTA, D. L. *A Política Nacional de Saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar*. Conteúdo Jurídico, 2017. Disponível em: <<http://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/49874/a-politica-nacional-de-saude-oassistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FLEURY, S; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 1100 p.

MARTINELLI, M. L. *O Trabalho do Assistente Social em Contextos Hospitalares: desafios cotidianos*. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 497-508, set. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300007>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ssso-c/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MENDES, E. S.; BRITO, F. C. B. A. *A inserção do serviço social no atendimento humanizado na saúde do município de Cristino Castro-PI*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação (Aperfeiçoamento/Especialização em Saúde da Família e Comunidade) – Universidade Aberta do SUS (UMA-SUS). 2020. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14664/1/ARTIGO_Eliane.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

PACHECO, A.; AZZOLIN, G. M. C. *A experiência do profissional de serviço social na atenção básica de saúde*. Revista Humanidades e Inovação, v. 5, n. 11, p. 373-383, dez. 2018. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/981>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CAPÍTULO 2

O impacto da iniquidade social na atenção primária à saúde

Giovanna Kaori Icoma Manzi¹
Ricardo Burato Dias²

Palavras-chave: Iniquidade Social; Atenção Primária; Determinantes Sociais; Sistema Único de Saúde

Introdução

Iniquidade Social

A promulgação da Constituição de 1988 assegura o direito de todos e o dever do Estado oferecer o “acesso universal e igualitário às ações e aos serviços” no âmbito da saúde. A lei 8.080 (1990) configura os princípios importantes do Sistema Único de Saúde como a promoção, proteção e recuperação da saúde, a dinâmica e performance dos serviços, corroborando, assim para a igualdade de assistência à saúde, sem discriminações ou privilégios de qualquer esfera. No entanto, a condição dos serviços de saúde pública do Brasil, o acesso e a disponibilidade para todos os grupos sociais, encontram-se fragilizados, pois existem condições heterogêneas de vida que constituem iniquidades nas quais são necessariamente negativas e produtoras de doença, de acordo com Breilh (1998) (BARATA, 2001).

De acordo com Starfield (2011), as iniquidades sociais podem ser definidas como certas condições existenciais nas quais há acesso desigual, ou o não acesso, aos direitos humanos que garantem um patamar mínimo de dignidade humana (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016). Desse modo, considera-se também como diferenças reproduzidas pela inser-

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

ção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição de bens materiais, de poder e do capital social. Por se opor ao bem-estar social, são consideradas como injustas, desnecessárias e evitáveis, porque se constituem essencialmente em falta de acesso às condições mínimas de vida humana digna e, portanto, essas condições de vida desiguais são iníquas por essência, injustificáveis e desumanas sob quaisquer aspectos (SILVA et al., 2018). Desnecessárias e evitáveis, porque são desigualdades imputadas por outros agentes humanos em suas relações sociais e marcadas por desigualdade de poder (econômico, político e sociocultural) e não imputadas por agentes naturais ou tecnológicos (biológicos e/ou falta de conhecimento ou tecnologia para enfrentamento de doenças).

Para Fleury (2011), iniquidades sociais, portanto, são carências determinadas socialmente, que condicionam a existência de pessoas, grupos e populações, as quais são caracterizadas por desigualdade de acesso, ou ao não acesso, a bens materiais e imateriais, patrimônios humanos, responsáveis por proporcionarem um patamar de vida humana digna e são resultantes da violação de direitos imputada pela ação do Estado, dos órgãos governamentais e pela omissão da sociedade civil (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016). À vista disso, é imprescindível questionar a gênese, a existência e a perpetuação da iniquidade em saúde, uma vez que, os aparatos legislativo e institucional não impedem a permanência das injustiças no campo do acesso à saúde (BARATA, 2001).

De acordo com esses aspectos, a reflexão sobre o conceito iniquidade em saúde no contexto brasileiro, foi recentemente apropriada para compreender a realidade do funcionamento da rede de atendimento dos serviços de saúde do Brasil. Ao incorporar tal definição de iniquidade, compreende-se a existência de diferenças características da realidade do Brasil que são desnecessárias e refutáveis nas quais podem ser analisadas como injustas e inconvenientes. Assim, paulatinamente, as investigações acerca do impacto iníquo ganham espaço na perspectiva das desi-

gualdades e seus efeitos na Atenção Primária a Saúde.

Diante dessa compreensão, podemos analisar diferenças acentuadas nas condições de saúde de distintos grupos sociais, sendo assim, não só apenas disparidade nos padrões de mortalidade, mas também no registro de morbidade, no acesso à moradia, ao trabalho e à educação, concluindo, que o termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social (CNDSS, 2008).

Atenção Primária a Saúde – APS

A Atenção Primária a Saúde (APS) permite visualizar o impacto dos impasses existentes no sistema de saúde, pois é considerada como a primeira ferramenta de contato e vínculo de atendimento, cuidado e assistência do processo saúde-doença. A APS também é responsável por disponibilizar um conjunto de intervenções em saúde no domínio individual e coletivo por meio de promoção, prevenção de agravos, manutenção da saúde, diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos e reabilitação com o objetivo de desenvolver uma atenção integral na qual impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2021). Dessa maneira, a APS totaliza um atendimento completo, abrangente, acessível e baseado na comunidade por atender de 80% a 90% da demanda das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida (PAHO, 2020).

Desse modo, trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do cerne da comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, pois está arraigada no compromisso social com a justiça social, na equidade e no reconhecimento do direito fundamental ao mais alto padrão atingível de saúde, conforme declarado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família a saúde e o bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos

e os serviços sociais indispensáveis [...]”.

Sendo assim, a APS é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Dessa maneira, ao ser regida por tais princípios, a APS foi idealizada para atingir o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, está sempre presente no local mais próximo da vida dos indivíduos, famílias e comunidades por meio de estratégias governamentais de programas de atendimento como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na qual é vinculada, diretamente, aos serviços multidisciplinares disponíveis nas Unidades de Saúde da Família (USF) (PORTELA, 2017). Baseada em tecnologias leves, é papel da APS promover saúde e cuidar dos problemas mais frequentes da sua população, evitando a sobrecarga dos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2006).

Todavia, a fim de alcançar e proporcionar a saúde para todos, é indispensável agir sobre os determinantes sociais, econômicos, ambientais, comerciais que definem as principais características da iniquidade em saúde que por sua vez, estão além do setor da saúde e que contribuem para a precarização das ações desempenhadas pela APS.

Determinantes Sociais de Saúde – DSS

De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais intrínsecos e extrínsecos que impactam em vários graus a definição da ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais sucinta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Segundo os estudiosos Paulo Marchiori Buss e Alberto Pellegrini Filho, o autor Nancy Krieger (2001) introduz um ele-

mento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida do indivíduo transcorre. A partir da análise compreensiva dos diferentes modelos de DSS, percebe-se que são os determinantes sociais responsáveis diretamente na base da produção das iniquidades sociais, que causam impacto negativo sobre a saúde de pessoas, grupos e populações, em graus diferenciados, podendo levar até à morte (BUSS; FILHO, 2007).



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Ao compreender a dinâmica de DSS idealizada por Dahlgren e Whitehead (1991) que insere o indivíduo ao seu meio a partir das condições socioeconômicas, culturais e ambientais nas quais estão diretamente ligadas aos fatores singulares como idade, sexo, fatores hereditários, estilo de vida, vínculo com as condições de vida e de trabalho, à rede social de amparo e comunidade inserida, acesso à habitação, ao saneamento básico, à educação, à aquisição de alimentos e demais características que definem o *sui generis* de cada brasileiro. O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos

determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes (BUSS; FILHO, 2007). Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas, segundo seu nível de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades. Como se pode ver na figura 1.

O modelo das redes sociais e capital social, desenvolvido a partir das contribuições dos pensadores Robert Putnam, James Coleman e Pierre Bourdieu, também colabora para uma perspectiva antropológica de DSS, porque de acordo com a definição de capital social como uma forma de organização social específica, na qual há forte rede de relações interpessoais fundamentadas em reciprocidades e cooperação social (MARCONATTO; PEDROZO, 2013).

A partir dessa consideração, essa organização produz um capital de desenvolvimento pessoal e coletivo determinantes do desenvolvimento em todos os setores: econômico, cultural, político, social e em saúde. Assim, o conjunto dos recursos individuais é transformado e potencializado, com base na coesão social, em recursos coletivos, desencadeando benefícios individuais e coletivos ao mesmo tempo. Capital social, portanto, é definido como o tecido social ou a cola invisível que mantém a coesão das sociedades, e está baseado na confiança entre as pessoas e na rede de relacionamentos entre elas e os grupos sociais que formam as comunidades. Para essa teoria, as iniquidades se resolvem a partir da existência de forte base comunitária, com laços fortes de reciprocidade e solidariedade (BOEIRA; BORBA, 2006).

No contexto brasileiro, as populações mais vulneráveis representam cerca de 55 milhões de pessoas e a demanda do sistema de amparo social encontra-se sobrecarregada e insuficiente para ofertar atendimento e acesso a todo esse grupo. À vista disso, as distintas camadas que moldam os DSS desses milhões de brasileiros, são volúveis e instáveis,

pois o capital social vinculado aos macrodeterminantes, como por exemplo as condições de vida, de trabalho, acesso à educação, aos serviços essenciais e à habitação enfraquecem os vínculos com suas redes sociais de apoio, pois tornam-se líquidas e frágeis diante de uma posição social de desvantagem e fraca reciprocidade comunitária, provoca estresse e contribui para o desenvolvimento de doenças. Essa concepção fundamenta-se pela deficiência sistemática de intervenções e mudanças pragmáticas que condiciona os determinantes ambientais e comunitários da saúde aos mecanismos psíquicos e biológicos, desconsiderando os outros condicionantes sociais importantes (CASTAÑO, 2009).

As singularidades de cada brasileiro que influenciam sobre seu potencial e suas condições de saúde não dependem somente do livre arbítrio de cada um, mas também de DSS, como seu estilo de vida, comportamento, gênero, etnia, acesso a informações, acesso a alimentos saudáveis são, conseqüentemente, violados pelo desamparo de oportunidades e preconceito social vinculado as minorias, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como conseqüência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços, corroborando, assim, para perpetuação da iniquidade, principalmente, no âmbito da saúde (CNDSS, 2008).

Por conseguinte, o modo de acessar a essas diversas características que compõe o indivíduo, impacta diretamente a forma como transcorre o processo saúde-doença. As concepções cultural-comportamentais, que permeiam a abordagem epidemiológica, entende-se que da relação entre as escolhas individuais em adotar formas de vida pessoais, resultantes de processos de autodeterminação das pessoas e sua liberdade reconhecida, e da interface dessas opções com a cultura e sua influência na escolha desses indivíduos por determinados estilos de vida, resulta um

determinado modo de vida que influencia e favorece certos processos de saúde-doença nesses indivíduos e em seus grupos (FIORATI et al., 2018).

Dessa forma, as inúmeras desigualdades sociais historicamente presentes que existem no cenário brasileiro influenciam drasticamente como ocorre o acesso aos cuidados em saúde até a instalação do processo saúde-doença. Portanto, compreender a conexão sistemática que existe entre a esfera de singularidades biopsicosocioespirituais e o capital social que moldam a realidade dos brasileiros, torna-se mais evidente como podemos modificar o panorama atual da iniquidade social no Brasil.

Entretanto, ainda que os DSS incluam, igualmente, as formas como as pessoas, grupos e populações trabalham, suas manifestações culturais e suas concepções sobre saúde, doença e formas de tratá-las são as condições iníquas, nas quais se encontram muitos segmentos sociais, que mais têm impactado e determinado a persistência de doenças, condições e estados que poderiam ser erradicados. Em outras palavras, possui-se tecnologia e conhecimento para isso, mas não se consegue uma efetiva resolubilidade, configurando-se, assim, uma realidade vivida por essa faixa de população em vulnerabilidade social, evitável, injusta e desnecessária, de acordo com Arcaya et al. (2015) (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil

A estratificação socioeconômica influi diretamente no processo saúde-doença da população brasileira, pois as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, ou seja, os determinantes incutidos em cada um, seja eles mais gerais e distais tais como do modelo de Dahlgren e Whithehead, geram uma desigualdade socioeconômica entre os indivíduos e os grupos, conferindo-lhes uma hierarquia social distinta, a qual por sua vez provoca diferenciais de saúde (CNDSS, 2008). Desse modo, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é randomizada,

estando vinculada à posição social, que por sua vez corrobora as condições de vida e de trabalho e marginalizando uma grande parcela social desprivilegiada.

Segundo o modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001), evidencia as relações entre a posição social e diversos tipos de diferenciais de saúde, conforme pode ser observado no esquema abaixo (Figura 2) (BUSS; FILHO, 2007).

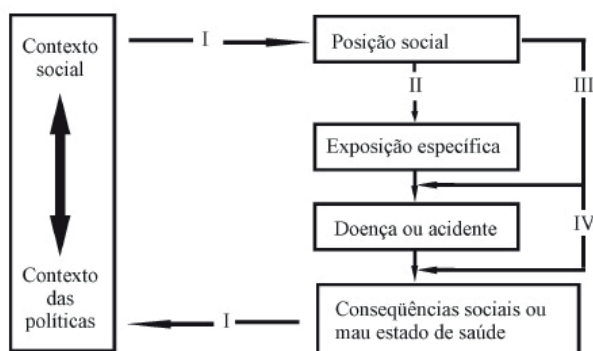


Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist

Na Figura 2, (I) representa o processo no qual cada indivíduo ou grupo ocupa uma dada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais como o sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social ocupada por indivíduos, resulta em diferenciais, como o diferencial de exposição a riscos que causam danos à saúde (II); o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença frente à exposição a estes riscos (III); e o diferencial de consequências sociais ou físicas uma vez contraída a doença (IV). Este modelo também permite identificar alguns pontos de incidência de políticas que atuem seja sobre os mecanismos de estratificação social, seja sobre os diferenciais de exposição, de vulnerabilidade e de consequências.

Renda, escolaridade saúde e condições de vida, ambiente e trabalho

O fator mais importante para explicar a situação geral de saúde

de um dado país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui. A deterioração das relações de solidariedade, do capital social e da confiança entre pessoas e grupos é um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda têm um impacto negativo sobre a situação de saúde. Países com grandes iniquidades de renda e conseqüentemente, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, essenciais para a promoção e proteção da saúde (BUSS; FILHO, 2006).

Ainda de acordo com Buss e Filho (2006), estudos vêm demonstrando que o principal mecanismo por meio do qual as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do chamado capital social, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Segundo vários autores, o desgaste do capital social em sociedades inequitativas explicaria em grande medida por que sua situação de saúde é inferior à de sociedades onde as relações de solidariedade são capilarizadas e coesas. A debilidade dos laços sociais e das iniquidades de renda correspondem a baixos níveis de capital social e de participação política.

Renda e escolaridade estão fortemente associados a resultados de saúde. Ao analisar dados do censo brasileiro, percebe-se que o PIB per capita alto do país tem um descompasse com a distribuição de renda desigual e excludente e ao analisar em conjunto com a taxa alta de analfabetismo que acomete a população brasileira, conclui-se que existe um impacto na qualidade de vida, pois permanece a exclusão social de não conseguirem acesso aos serviços de saúde e a desinformação acerca dos cuidados em saúde.

Os impactos do nível de instrução e esclarecimento manifestam-se de múltiplas formas: na percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde;

e na adesão aos tratamentos. De acordo com o nível de escolaridade há desigualdade de acesso e utilização de serviços de saúde, como exemplo para a realização de consultas de pré-natal, exames preventivos para câncer de colo de útero e de mama.

Dados de diversas revisões de literatura registraram ao longo dos anos, análises que evidenciam a desigualdade da percepção do estado de saúde de acordo com a renda, cor, etnia, gênero, escolaridade. A suscetibilidade é mais impactante na população com baixa escolaridade e pouco acesso à informação e historicamente, tem maior prevalência nos grupos minoritários.

A configuração social que ocupam, definida por meio de variáveis como escolaridade, renda e gênero, configuram a circunstância material de vida e de trabalho dos indivíduos e das condições de vulnerabilidade a qual estão inseridos.

A situação de saúde de indivíduos e/ou grupos, bem como os diferenciais entre eles é influenciada pela estratificação socioeconômica, mediados por tais condições e impactos psicossociais. Entre os fatores reprodutores de iniquidades sociais entre os grupos e a perpetuação das estratificações socioeconômicas, destacam-se as condições de saneamento básico e habitação, ambientais, de emprego e trabalho, além de alimentação e nutrição.

Os impasses do acesso e da resolubilidade da Atenção Primária a Saúde

O alcance da APS aumentou com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), entretanto permanece escasso para ofertar atendimento de acordo com a demanda populacional brasileira. As principais objeções ao acesso incluem: subdimensionamento/subfinanciamento da APS, elevado número de usuários associados às equipes da ESF, número restrito de Médicos de Família e Comunidade (MFC), com pouca interio-

rização/fixação, burocratização e problemas funcionais e logísticos dos serviços, como estreitamento e restrição nos agendamentos e favorecimento de grupos específicos (hipertensos, diabéticos, puericultura etc.).

Assim sendo, para buscar melhorar a rede de atendimento e acesso, importante ampliar investimento federal no custeio da ESF, cujo objetivo é não apenas priorizar, mas expandir sua atenção, aos usuários e uma das estratégias é diminuir o número de usuários por equipes, buscar ampliar recurso para formação médica em medicina de família e comunidade, ampliar e fomentar a cogestão da equipe e flexibilizar as agendas dos profissionais, buscar facilitar os meios de comunicação com os usuários, analisar/utilizar melhor a clínica multidisciplinar. Por fim, para o fortalecimento da APS, é fundamental e estratégico estimular o acesso na ESF vinculado a longitudinalidade do cuidado (FILHO, 2004).

O verdadeiro impacto da iniquidade em saúde na Atenção Primária a Saúde

A partir do entendimento do contexto da iniquidade e seu papel negativo nas consequências sociais, considera-se que as carências vividas por determinadas populações e pessoas em precariedade social, as posicionam em uma situação em que maiores necessidades sociais e de saúde se apresentam, o não acesso a serviços, tratamentos e tecnologias de saúde de qualidade tem impacto degradante na saúde e na vida/morte de tais grupos sociais.

Para Frenk e Moon (2013), em outras palavras, esses grupos em vulnerabilidade social, cujos direitos humanos se encontram violados, apresentam maiores necessidades de saúde em decorrência das imensas carências a que estão submetidos e, nessa perspectiva, deveriam ter mais acesso aos serviços mais próximos que são disponibilizados pela APS, tratamentos e tecnologias em saúde, entretanto, o que acontece na prática não é exatamente isso, verificando-se certo desajuste entre a oferta de

ações e necessidades (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016). Desse modo, o papel da APS é imprescindível para atenuar as consequências da iniquidade em saúde.

Conclusão

O objetivo das políticas públicas deve ser uma responsabilidade ética de toda a sociedade, visando a saúde de forma universal e igualitária a todos, por ser uma necessidade essencial humana e sua garantia deverá ser através de ações que visem a promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde. Dessa maneira, para equipararmos o contexto iníquo decorrente dos determinantes sociais frívolos que prejudicam as deliberações efetivas da atuação da APS no âmbito coletivo, é impreterível o ajuste social mínimo frente aos diversos mecanismos reprodutores de desigualdades.

Elaborar estratégias compensatórias se torna fundamental, quando compreendemos a questão das iniquidades em saúde a partir da perspectiva social, pela implicação de se adotar propostas baseadas no princípio da equidade, que levem em conta necessidades singulares de indivíduos e grupos sociais. Diante do entendimento que necessidades são diferentes, os recursos para sua efetivação também devem ser diferenciados.

Trata-se, portanto, da realização de mudanças no SUS, no que tange ao seu desenvolvimento como um sistema de saúde integrado, partindo do princípio da valorização e reconhecimento da APS, como responsável pelo ordenamento do sistema e coordenadora do cuidado.

Dessarte, a partir do entendimento das múltiplas perspectivas que configuram a realidade e condicionam a vida dos grupos sociais brasileiros distintos, ressalta-se a necessidade de minimizar os impactos que as iniquidades provocam nas singularidades de cada sujeito, sendo fundamental que se estabeleça o vínculo com a APS.

Referências

BARATA, R. B. *Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença*. REVISTA USP, São Paulo, n. 51, p. 138-145, set./nov. 2001. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i51p138-145>. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35108>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BOEIRA, S. L.; BORBA, J. *Os fundamentos teóricos do capital social*. Revista Ambiente & Sociedade, São Paulo, v. 9, n. 1, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2006000100011>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/asoc/a/cBhWM7kmTKcwBhxmFyywnHD/?lang=pt>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *O que é Atenção Primária?*. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2022.

BUSS, P. M.; Filho, A. P. *Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: Comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), v. 22, n. 9, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/4rwbHbDqtgchDLFC3WSxZ9q/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

BUSS, M. P.; FILHO, A. P. *A saúde e seus determinantes sociais*. Revista de Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

CASTAÑO, L. S. A. *Determinantes sociais da saúde: além dos fatores de risco*. Rev. Gerenc. Policial. Saúde [online], Bogotá (Colômbia), v. 8, n. 17, p. 69-79, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 220p. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/bwb4z/pdf/comissao-9788575415917.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FILHO, A. P. *Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 2, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200011>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FIORATI, R. C.; SOUZA, L. B.; CANDIDO, F. C. A.; SILVA, L. N. F.; FINZETO, L. C.; ALVES, L. S.; BERRA, T. Z.; ARCÊNCIO, R. A. *Iniquidades sociais e inter-setorialidade: desafio à atenção primária à saúde*. Revista de Enfermagem UFPE online, v. 12, n. 6, p. 1705-1716, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230523>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. *As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/KCWZH8cYdXWxDCfJhVpGZKj/?lang=pt>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

IWAMOTO, H. H.; ANSEMI, M. L. *Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba, Minas Gerais*. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 27, n. 3, p. 443-453, set. 2006. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/4663/2581>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

MARCONATTO, D. A.; PEDROZO, E. A. *Capital social: visão integrada*. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, v. 9, n. 2, p. 154-181, 2013. DOI: <https://doi.org/10.54399/rbgdr.v9i2.1025>. Disponível em: <<https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/1025>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

PAHO – Organização Pan-Americana da Saúde. *Atenção Primária à Saúde*. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

PORTELA, G. Z. *Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, jan./mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDBYnh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SILVA, I. C. M.; RESTREPO-MENDEZ, M. C.; COSTA, J. C.; EWERLING, F.; HELLWIG, F.; FERREIRA, L. Z.; RUAS, L. P. V.; JOSEPH, G.; BARROS, A. J. D. *Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 27, n. 1, mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100040>. Acesso em: 20 jun. 2021.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. *Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação*. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 361-378, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxxhpPLWjjJMWrq-9fL4K/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

CAPÍTULO 3

Acesso à saúde atual: desafio para sociedade

Julia da Silva Zeffiro¹
Ricardo Burato Dias²

Palavras-chave: Acesso à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde

Introdução

Os serviços de assistência médica no Brasil tiveram forte vinculação com o sistema de previdência, de forma que até 1988 a saúde pública ficava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (MÉDICI, 1992). Em 1977, o político e médico sanitarista brasileiro David Capistrano discorreu sobre a teoria do “círculo vicioso” entre pobreza e doença. Essa viciosidade derivava do fato de que as camadas pobres da população, sem dinheiro para custear planos de saúde e sem carteira assinada para acessar os serviços oferecidos pela previdência pública, eram consideradas indigentes e peregrinavam em busca de atendimento por meio de hospitais filantrópicos ou universitários. Estima-se que apenas 45% da população brasileira era atendida pelo governo durante os anos 80 (MATHIAS, 2018). Portanto, pensar na saúde como algo coletivo não era uma realidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS), implementado a partir de 1990, é considerado uma das políticas públicas mais inclusivas dentre as existentes no mundo. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2020), cerca de 150 milhões de pessoas dependem exclusivamente do

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

SUS e outros 45 milhões que pagam planos de saúde também são beneficiados por esse sistema por meio de serviços de vacinação, acesso a medicamentos de alto custo, transplantes, cirurgias complexas, fluoretação da água pública, fiscalização da vigilância sanitária, combate as epidemias, entre outros (PEIXOTO, 2020).

Contudo, o Brasil é um país de proporções e desigualdades continentais. As disparidades no uso dos serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Além disso, as diferenças no comportamento do indivíduo diante da doença também são reflexo do meio e da camada social em que ele está inserido. Ademais, o comportamento do indivíduo diante da saúde, ou seja, logo, a atividade que ele pratica com o propósito de prevenir ou rastrear uma enfermidade, também é reflexo do meio e da camada social em que ele vive (DACHS, 2002).

Na atualidade, muitos são os entraves à implementação de um Sistema Único de Saúde que funcione de forma plena. Além dos problemas sociais, somam-se falhas na gestão de recursos financeiros, déficits de qualificação profissional, mudança no perfil da saúde brasileira, entre outros fatores que comprometem a efetividade e a resolutividade do SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Discussão

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) compreende, de forma muito resumida, um conjunto de ações individuais e coletivas desenvolvidas por meio da prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2017). Na década de 90, a estudiosa Bárbara Starfield formou uma rede de atenção e cuidado com uma ação coordenada entre serviços preventivos, curativos, promocionais e reabilitadores e afirmou que 85% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos ao nível da AB

(LAVRAS, 2011). Até o ano de 2019, dados do Ministério da Saúde publicados pela Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apontavam que a Atenção Básica deveria ser capaz de resolver, no mínimo, 85% das demandas de saúde de sua população (SANTANA; CARMAGNANI, 2001). Com base no que foi anteriormente expresso, é possível concluir que a APS é estratégia fundamental para aumentar a resolutividade dos serviços e, dessa forma, reduzir as iniquidades existentes no setor da saúde.

O conceito de resolutividade está entrelaçado ao ato de solucionar algo. Entretanto, a ideia de que um serviço é mais resolutivo se solucionar a maior parte do problema apresentado é simplista e obsoleta. Assim, a resolutividade é melhor definida quando associada à satisfação do usuário e à intersectorialidade, ou seja, à percepção sobre o serviço prestado e à integração de ações e esforços de diferentes setores da política pública. Outrossim, dentro desse contexto, a efetividade torna-se um dos pilares para avaliação da qualidade da assistência (REZENDE, 2012).

A Constituição Federal Brasileira de 1988, no art. 196, afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Todavia, a garantia do acesso a esses serviços não é sinônimo de efetivação do cuidado em saúde, já que a efetividade está associada aos resultados em saúde alcançados através de uma determinada intervenção e não ao simples cumprimento de uma meta (D’AGUIAR, 2001).

Diversas fragilidades no funcionamento do sistema conduzem a um impacto negativo ou a um menor impacto positivo à saúde da comunidade, abaixando a resolutividade e comprometendo a efetividade. Alguns desses fatores serão citados nesse texto.

Determinantes sociais da saúde gerando iniquidade social

Durante as mais variadas etapas do desenvolvimento e momentos da história da Saúde Pública no Brasil, diversas personas buscaram debater sobre a relação entre os determinantes sociais da saúde e as iniquidades de saúde. Vale ressaltar que, iniquidades sociais são carências que limitam a existência dos indivíduos ao estabelecer dificuldades para que eles possam ter acesso a tudo que possa proporcionar vida humana digna (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

Para contextualizar, é preciso admitir a definição de sociedade como um “conjunto estratificado, dividido em classes sociais em função de uma repartição desigual dos recursos e das contribuições” (DUBET, 1995). O Brasil, em específico, se encontra em uma das regiões de maior desigualdade interna da América Latina, ou seja, as condições de vida dentro de nosso território são tão plurais que dentro de um único país é possível encontrar diversos “Brasis” (RIBEIRO, 2002). Essa dissimetria social ultrapassa a situação socioeconômica e exerce efeito também no estado de saúde dos grupos populacionais, uma vez que o processo saúde-doença é amplo e complexo, condicionado não somente por fatores biológicos, mas também psicológicos, econômicos, políticos e culturais (WHO, 2008).

No ano de 2006, o governo brasileiro foi, dentre aqueles membros da OMS, o prógono em criar uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Somado a isso, a existência de um sistema nacional e único de saúde contribui para melhorar as condições e reduzir as desigualdades (POLITI, 2014). Mas não é o bastante, pois os processos que determinam a saúde e a doença ocorrem, muitas vezes, fora do sistema de saúde, como nas condições de vida e de trabalho. De maneira geral, a posição que um indivíduo ocupa na sociedade e seu nível de instrução interferem no modo como ele reconhece seus problemas de saúde, na capacidade que possui de entender informações e na adesão

aos tratamentos que lhe são prescritos (SOBRAL; FREITAS, 2010).

Por fim, cabe pontuar que ao reconhecer as desigualdades entre os diferentes grupos sociais que habitam um território, torna-se um compromisso ético reparar tal desarmonia por meio da equidade. Em vista disso, os profissionais precisam assumir uma compreensão ampliada para dirimir se o serviço que está sendo oferecido e prestado é capaz de atender as demandas daquela comunidade (WHO, 2008).

Déficits na qualificação profissional

Para atuar em nível primário, espera-se que os profissionais sejam regidos pelos elementos essenciais a um serviço de qualidade: longitudinalidade, integralidade, coordenação de cuidados, orientação comunitária, competência cultural, entre outros. Diversos dados reforçam essa ideia de que onde há profissionais com orientação fortificada para Atenção Básica (AB) há também maior probabilidade de melhores níveis de saúde, custos mais baixos e melhores indicadores de saúde (SANTOS, 2007).

No Brasil, há um déficit de visão ampliada nos profissionais da saúde, já que o perfil de qualificação destes tem predominância nas especialidades, ou seja, a formação é centrada em práticas curativas, dificultando o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Esse conjunto de fatores compromete a recuperação adequada de saúde e de qualidade de vida ao não atingir o mínimo de 80% de resolutividade dentro da AB (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Cabe também lembrar que a função de educar integra o processo de trabalho em saúde. O profissional deve ser capaz de atuar com senso crítico, mediante uma prática humanizada, com habilidades clínicas de relacionamento e comprometimento. Dessa forma, é fundamental adquirir conhecimentos baseados na literatura especializada e em práticas respaldadas por rigor científico para acolher com qualidade e cativar a

população adscrita, de forma que ela não recorra de forma desnecessária a serviços de urgência e emergência, congestionando-os (MOREIRA; DIAS, 2015).

Portanto, para adequação do perfil profissional deve-se investir na educação continuada, nos cursos de capacitação, na reciclagem e no aperfeiçoamento, rompendo com o modelo de ensino medicalizado e fragmentado. A formação dos profissionais de saúde deve perpassar a graduação e inserir-se de modo permanente ao longo da sua trajetória profissional, estreitando vínculos entre as instituições de educação superior, a rede de saúde e a comunidade (MAIA et al., 2020).

Subfinanciamento e orçamento federal do SUS

Primeiramente, vale ressaltar que conforme determinado pela Constituição Federal de 1988, a origem dos recursos financeiros para financiamento do SUS é federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990). Desse, o governo federal é o principal financiador da saúde pública. Atualmente, os municípios destinam 15% de suas arrecadações para ações de saúde; os governos estaduais, 12% (BRASIL, 2012).

Os investimentos do Brasil na saúde não perdem apenas para os países desenvolvidos, mas também para a maior parte dos países de terceiro mundo (BARROS; SOUSA, 2016). Um estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) de 2019 denominado Panorama da Saúde os gastos do Brasil mostraram que os gastos *per capita* na área de saúde em território nacional estão entre os mais baixos entre 44 países de primeiro mundo e emergentes (OECD, 2019).

As áreas econômicas do governo possuem, desde a década de 90, uma política de diminuição do investimento em saúde pública (FUNCIA, 2019). Somado a isso, sempre houve a falsa ideia de que a saúde suplementar traz um maior benefício e cobertura hospitalar, quando na verdade ela usufrui de diversos recursos públicos, como isenção de impostos

e incentivos fiscais e financiamentos (AZEVEDO et al., 2016) (PEREIRA FILHO, 1999).

Dessa forma, além de padecer de um subfinanciamento crônico, o teto do gasto definido pela Emenda Constitucional nº 95 – EC 95 suscitou desfinanciamento agudo (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019) (BRASIL, 2016). Para quem trabalha na Estratégia Saúde da Família, tal insuficiência é sentida, principalmente, quando há necessidade de se acessar os outros níveis de maior complexidade do sistema, cuja oferta parece sempre aquém das demandas (SANTOS, 2007).

Modificação no perfil de saúde da população

As políticas de saúde de um território devem ser adequadas às necessidades da população ali residente (BRASIL, 2017). Nesse contexto, durante décadas, a prioridade do governo brasileiro foi (ou ao menos deveria ter sido), o combate às doenças infectocontagiosas, uma vez que o perfil de saúde era majoritariamente esse (BAYER; GOES, 1984).

A definição de transição epidemiológica é ampla e varia conforme a ciência sob a qual está sendo analisada. Visando uma análise genérica a respeito de saúde coletiva, pode-se admitir que o processo de transição epidemiológica é caracterizado por uma série de mudanças na incidência e/ou na prevalência de doenças dentro de determinada população (LAURENTI, 1990). Esse processo resultaria das mudanças na estrutura etária de uma população, do estilo de desenvolvimento daquela sociedade e da interação entre fatores demográficos, ambientais e históricos (PEREIRA; SOUZA; VALE, 2015).

O Brasil se encontra em um estágio intermediário de transição epidemiológica devido a coexistência de velhos e novos problemas em saúde. Essa situação recebeu a denominação de tripla carga de doenças. Envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças

crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso e a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento da violência e das causas externas (MENDES, 2010; SCHRAMM et al., 2004).

Todas essas modificações impõem a necessidade de uma adequação das políticas de saúde em curso. Assim, implementar medidas para prevenção, controle e tratamento das condições englobadas na tripla carga de doenças implica aumento de gastos e necessidade de incorporação tecnológica. Portanto, mediante o envelhecimento da população brasileira, é preciso promover iniciativas estratégicas para fortalecer a qualificação profissional, estabelecer linhas de cuidado e fortalecer a assistência terapêutica (PEIXOTO, 2020).

Conclusão

É inegável que o acesso à saúde é uma entidade e suas ramificações adquirem diferentes visuais ao adentrar Brasil afora. Nem sequer em uma mesma cidade e em um mesmo local as condições de saúde são igualmente tratadas. Adiciona-se a essa situação os problemas financeiros e de gestão do Sistema Único de Saúde e as dificuldades inerentes ao processo de transição epidemiológica.

Dessa forma, é preciso avançar na discussão sobre as dificuldades no acesso à saúde atual para ser capaz de melhorar os indicadores e a percepção dos usuários com relação à satisfação com seu estado de saúde e a forma como ele é tratado. Noah Gordon, autor de diversas obras sobre Medicina e Ética Médica, escreveu em seu livro “O Físico”: “digo a mim mesmo que alguns poderiam ser salvos se eu soubesse mais”. Logo, tem de haver interesse dos profissionais de saúde em fazer parte da luta e desse processo dual: muitas vezes doce; mas na maior parte do tempo amargo.

Por fim, o Sistema Único de Saúde, fraternal e polivalente, para

manter a saúde como direito fundamental, luta inexoravelmente na periferia do capitalismo; se mantém de pé apesar do padrão histórico de negligenciamento e dos diversos obstáculos hoje vividos para aflorar a sua melhor versão.

Referências

AZEVEDO, P.; ALMEIDA, S. F. de; ITO, N. C.; BOARATI, V.; MORON, C. R.; INHASZ, W.; ROUSSET, F. *A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas*. Insper: Centro de Estudos em Negócios, São Paulo, n. 1, p. 1-123, 2016. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. *Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS*. Revista Saúde e Sociedade, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGb5mXkMnHThYkzVPv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

BAYER, G. F.; GOES, S. *Mortalidade nas capitais brasileiras 1930-1980*. RADIS dados, Rio de Janeiro, v. 7, p. 1-8, 1984.

BRASIL. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. *Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. *Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

D'AGUIAR, J. M. M. *O programa saúde da família no Brasil: a resolutividade do PSF no Município de Volta Redonda, RJ*. Orientador: Maria Alicia Dominguez Ugá. 2001. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4648/2/ve_Jos%c3%a9_Manuel_ENSP_2001>. Acesso em: 12 jan. 2022.

DACHS, J. N. W. *Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998*. Revista Ciência & Saúde **Coletiva**, online, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400004>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/z8rPZFLVLMBRXGk4sDhXZ8s/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

DUBET, F. *A ideia de sociedade: In: Sociologia da experiência*. Tradução: F. Tomaz. Lisboa: Instituto Piaget: 1995. 41-50 p. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xt9VTQXXLTgxhm6WMYhz3TD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. *Social inequalities and access to health: challenges for society and the nursing field*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, online, v. 24, e2687, 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100316&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FUNCIA, F. R. *Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, online, v. 24, ed. 12, p. 4405-4414, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGxtgLfFMj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p. ISBN 978-65-872-0118-4. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

LAURENTI, R. *Transição demográfica e transição epidemiológica*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, I., 1990, Rio de Janeiro. **Anais**, Rio de Janeiro:1990. p. 143-165.

LAVRAS, C. *Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil*. Revista Saúde e Sociedade, online, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzjyRTkBmxLQBttmX9mtK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

MAIA, L. G.; SILVA, L. A.; GUIMARÃES, R. A.; PELAZZA, B. B.; LEITE, G. R.; BARBOSA, M. A. *A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano*. Revista Brasileira de Epidemiologia, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-549720200014>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/SckptYNhf55hptzjCFy8B-ND/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

MATHIAS, M. *Antes do SUS: Como se (des) organizava a saúde no Brasil sob a ditadura*. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, online, 10 abr. 2018. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-do-sus>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

MÉDICI, A. C. *Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, 1992. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8798/7548>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, online, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. *O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade*. Revista Saúde em Debate, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, v. 43, n. spe5, p. 58-70, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. *Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação*. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.811>. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/287798710_Diretrizes_Curriculares_na_sau-de_e_as_mudancas_nos_modelos_de_saude_e_de_educacao>. Acesso em: 17 jul. 2021.

OECD - The Organization for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD, 2019. DOI <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. Disponível em: <<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en>>. Acesso em: 12 jan. 2022. Base de dados.

PEIXOTO, S. V. *A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, online, v. 25, n. 8, p. 2912-2912, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.14672020>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/s5Lkp5nxCvVnpVrKRC-8gkzS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

PEREIRA FILHO, L. T. *Iniciativa privada e saúde*. Estudos Avançados, [S. l.], v. 13, n. 35, p. 109-116, 1999. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9462>>. Acesso em: 26 jun. 2021.

PEREIRA, R. A.; SOUZA, R. A. A.; VALE, J. S. *O processo de transição epidemiológica no Brasil: Uma revisão de literatura*. Revista Científica Da Faculdade De Educação e Meio Ambiente, online, v. 6, n. 1, p. 99-108, 2015. DOI <https://doi.org/10.31072/rcf.v6i1.322>. Disponível em: <<https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/322>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

POLITI, R. *Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda*. Revista Economia Aplicada: Brazilian Journal of Applied Economics, online, v. 18, n. 1, p. 117-137, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-8050/ea379>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ecoa/a/4bzscCK7XFtrZxjHjD3x-gxR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. *O Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde*. Conteúdo original elaborado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – projeto Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), online, 2012. Disponível em: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/168>. Acesso em: 15 jul. 2021.

REZENDE, V. A. *A resolutividade da atenção básica: uma revisão de literatura*. Orientador: M. J. C. GRILLO. 2010. 44 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - CEABSF - UFMG, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Resolutividade_aten%C3%A7ao_basica.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

RIBEIRO, D. *O Povo Brasileiro: A formação e o Sentido do Brasil*. 2. ed. rev. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. *Programa saúde da família no brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens*. Revista Saúde e Sociedade, online, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000100004>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TtG3vHtK7wSZcbZVHjHsGQH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

SANTOS, N. R. *Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, online, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200019>. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-3216>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F. de; LEITE, I. da C.; VALENTE, J. G.; GADDELHA, Â. M. J., PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. *Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, online, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/NcL6K3C5p7dRgQfZ938WtRD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. *Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde*. Revista Saúde e Sociedade, online, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100004>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xt9VTQXXLTgxhm6WMYhz3TD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

WHO - World Health Organization. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, 2008. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>>.

IV - Desafios concorrentes dos municípios nos dias atuais

CAPÍTULO 1

A aplicação bioética no Sistema Único de Saúde

Beatriz Parpinelli Scarpin¹
Lucila Bistaffa de Paula²

Palavras-chave: Bioética, Sistema Único de Saúde, Humanização

Introdução

O ano de 1988 trouxe uma das mais valiosas conquistas ao povo brasileiro: o Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do SUS garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, democratizando o acesso a esse serviço.

O SUS, mesmo sendo um sistema enraizado em princípios e diretrizes, deve ser visto e trabalhado como um organismo vivo. Ou seja, não é uma política finalizada em todas as suas dimensões, tendo até hoje a criação de programas que visam atender as atuais necessidades da população, além de garantir qualidade de vida no presente contexto.

Dentro dos instrumentos utilizados para a análise crítica da aplicabilidade das políticas públicas da área da saúde, encontra-se a bioética. Ainda mais tendo em vista que a bioética não se objetiva em regradar comportamentos, mas sim relativizar a conduta, fornecendo parâmetros de comportamento e tomada de decisão, que possibilitam aos gestores e profissionais o enfrentamento dos mais diversos cenários possíveis.

Esse capítulo busca demonstrar exemplos de aspectos do SUS inerentes à conceitos bioéticos, sejam esses advindos de qualquer âmbito do sistema, tendo como objetivo fornecer ao leitor fundamentos para uma reflexão quanto a aplicação da bioética no Sistema Único de Saúde.

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

Bioética e seus princípios

A bioética, ou “ética da vida”, busca estabelecer limite e finalidade às intervenções realizadas sobre a vida, identificar e propor ações possíveis, além de denunciar riscos das aplicações.

Esse neologismo, “bioética”, foi criado em 1970, pelo oncologista americano Van Rensselaer Potter, visando a necessidade de união entre as ciências empíricas e as ciências humanas. O objetivo seria a preservação da vida no planeta, já que o desenvolvimento científico sem o mínimo de critério ético, poderia colocá-la em risco (NUNES, 2004).

Para fornecer aplicabilidade a esse conceito, alguns princípios (chamados por vezes de “pilares”) foram descritos, há quase meio século, para facilitar e esquematizar o enfrentamento de questões éticas. Esses princípios apresentam valores igualmente importantes, inviabilizando a interpretação e compreensão rígida, sendo necessária a relativização dentro das diferentes situações. Os princípios são: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (JUNQUEIRA, 2011).

Beneficência/não maleficência: São princípios complementares, que significam, respectivamente, “fazer o bem” e “evitar o mal”. Sendo assim, esses pilares da bioética especificam que a prática em saúde deve se orientar frente a todas ações e intervenções possíveis e existentes, considerando as evidências científicas, para garantir atenção e suporte às necessidades do usuário. Porém, ao mesmo tempo, considera que as dimensões, orgânicas e psicossociais, que circundam esse indivíduo, devam ser interpretadas, evitando ações excessivas e desnecessárias.

Autonomia: Pode ser entendida como a capacidade de autodeterminação do indivíduo. Esse princípio permite posicionar o indivíduo como líder de suas próprias decisões e escolhas que dizem respeito ao seu estado de saúde-doença. Porém, para que isso ocorra, todas as informações referentes à sua atual situação devem ser apresentadas pelo

profissional de saúde que o auxilia, permitindo assim, que frente à uma apresentação imparcial dos fatos, o usuário seja capaz de opinar sobre ações e condutas futuramente aplicadas – ou não – em seu contexto.

Justiça: Princípio defensor do tratamento imparcial do direito individual. Importante analisar a ação relativa desse pilar, ou seja, o que é fornecido ao indivíduo deve corresponder ao grau de suas necessidades. A justiça não pode ter seu conceito equiparado à igualdade, já que o segundo defende a aplicação do mesmo tratamento aos diferentes indivíduos, independente dos graus distintos de vulnerabilidades. Sendo assim, esse princípio é melhor explicado pelo conceito de equidade, entendida como a necessidade de fornecer diferentes ferramentas para alcançar maior diversidade de pessoas em seus mais variados estados e condições, possibilitando-as um mesmo objetivo (JUNQUEIRA, 2011).

A aplicação conjunta e esquematizada dos princípios bioéticos, dentro das políticas de saúde, permite aos usuários do sistema a garantia de atendimento embasado no conhecimento científico vigente, juntamente ao conhecimento humanístico, ou seja, a consideração de que nem tudo o que é cientificamente possível é eticamente aceitável, como bem destacado por Van Rensselaer Potter (1970, *apud* JUNQUEIRA, 2011).

Sendo assim, um dos maiores desafios do SUS é, justamente, integrar e fornecer distintos programas e ações às diferentes comunidades, atendendo as necessidades específicas de uma população com heterogeneidade intensificada pela extensão territorial do país.

Política Nacional de Humanização

A citação da Política Nacional de Humanização (PNH) neste capítulo se faz necessária para ressaltar ao leitor as constantes conquistas e mudanças do SUS, visando a aplicação ética e humanizada das políticas e ações na área da saúde.

Criada em 2003, a PNH nasceu da convergência de três objetivos

centrais: (1) enfrentar desafios relacionados à qualidade e dignidade no cuidado em saúde, tendo como cenário a especificidade da população brasileira; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS; e (3) enfrentar problemas da organização e gestão do trabalho em saúde, visto os reflexos desfavoráveis na produção de saúde e na vida dos trabalhadores (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Sendo assim, a política surgiu visto a importância da integração entre gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde, objetivando a produção de saúde com base no diálogo e comprometimento dessas três esferas, para que haja possibilidade de opinar e se posicionar sobre as necessidades que apresentarem, além da plausibilidade das aplicações (BRASIL, 2010).

A PNH é estruturada sobre princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, na busca por concretizar o objetivo de mudanças dos modelos de atenção e gestão (BRASIL, 2010).

Discussão

A aplicação bioética no Sistema Único de Saúde se apresenta, majoritariamente, diluída entre as diversas diretrizes, princípios e programas, de maneira complementar.

Ao começar com os princípios de beneficência e não maleficência, a PNH expõe parâmetros de orientação sobre a implantação de ações/dispositivos, no qual é citado a necessidade de criar melhores condições de atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional que demandam diferentes saberes e tecnologias (BRASIL, 2010), além disso, ressalta que haja protocolos clínicos adequados e atualizados, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade.

A autonomia talvez seja o princípio com maior atenção nos debates atuais, tendo em vista que as faculdades de ciências em saúde tra-

balham com o objetivo de passar aos estudantes a visão do usuário do sistema como “cliente” e não mais como um “paciente”, ou seja, o indivíduo, quando tratado como cliente, é capaz de opinar. Em outras palavras, o usuário do sistema sai da posição passiva de espectador, e adentra a posição ativa de protagonista.

A citação do princípio da autonomia, surge logo no início do SUS. É precisamente citada em 1990, na Lei Orgânica de Saúde (lei 8.080), que ressalta a necessidade de se manter preservada a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. Porém, tendo em vista a escassez de sua aplicabilidade, surge a PNH, norteadada pelos valores de autonomia e protagonismos dos sujeitos, além da “corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Humanização traduz autonomia com as seguintes palavras: “No seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas próprias leis”. Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem” (BRASIL, 2010, p.54)

Por fim, o pilar bioético da justiça é bem explícito dentro da política do SUS, tendo em vista que a equidade é um – entre três – princípio do Sistema Único de Saúde. O princípio da equidade se direciona ao espaço da diferença, e não da igualdade, podendo ser entendido como um regulador da diferença, ou seja, a ação de tratar diferentemente os diferentes. A PNH traduz equidade como termo que “diz respeito aos meios neces-

sários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social” (BRASIL, 2010). Sendo assim, encontra-se semelhante ao que se preza pelo princípio bioético de justiça.

Conclusão

Ao longo do capítulo foram citados exemplos de aplicações bioéticas na construção de políticas de saúde no nosso país. Porém, deve-se ressaltar, ainda, que as informações aqui expostas são pequenas partes de um sistema continental.

Uma das maiores belezas do SUS, também é seu maior desafio: o SUS é uma política construída e reproduzida por pessoas. Sendo assim, ainda existem populações que não são capazes de enxergar a real aplicação bioética na prática de saúde, seja por falta de informação da comunidade, ou ainda, dos próprios trabalhadores de saúde daquela região, incapacitando a visualização clara e concreta do esforço que existe a fim de praticar uma medicina humanizada.

Contudo, frente a isso, não cabe ao povo – e com “povo” inclui-se as três esferas: gestores, trabalhadores e usuários – criticar o Sistema Único de Saúde, pois a política é extremamente bem descrita, articulada e atualizada, sendo motivo de orgulho para o Brasil frente ao cenário internacional. O questionamento e a cobrança devem ser direcionados ao esclarecimento de informações à população e trabalhadores, além da busca pela aplicação de tudo aquilo que já foi conquistado.

O Sistema Único de Saúde brasileiro é perfeito em todos os seus âmbitos, sendo necessária a busca ativa de informações, além de gestores bem-intencionados com o intuito de facilitar estas informações à população e aos trabalhadores. Viva o SUS!

Referências

ARREGUY, E. E. M.; SCHRAMM, F. R. *Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção*. Rev. Bras. Cancerol., v. 51, n. 2, p. 117-123, 2005. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1970>>. Acesso em: 13 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza-sus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 13 de jul. 2021.

JUNQUEIRA, C. R. *Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios*. In: RAMOS, D. L. P. *Bioética e ética profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007. p. 22-34.

JUNQUEIRA, C. R. *Bioética: conceito, fundamentação e princípios*. UNA-SUS/UNIFESP. 2010-2011. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf. Acessado em: 13 jul. 2021.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; P., A. L. de M. (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

NUNES, A. P.; NUNES, C. R. R. *Bioética*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 5, p. 615-616, set./out. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/YVqfDmdW5qtvYsZRgSWzVKb/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Em%201970%20o%20oncologista%20americano,humanas%2C%20mais%20especificamente%20a%20%20C3%A9tica>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. *Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

CAPÍTULO 2

Cuidados paliativos na atenção primária nos dias atuais

Camila Matarazzo¹
Ricardo Burato Dias²

Palavras-chave: Atenção Primária; Cuidados Paliativos; Sistema Único de Saúde

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil em 1988 juntamente com a nova Constituição do país. No início da década de 1990, com a municipalização do SUS, começa-se a haver uma estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), financiada e incentivada pelo Ministério da Saúde.

Segundo o anexo da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica: A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (LAVRAS, 2011).

A APS é a principal porta de entrada do cidadão ao SUS e, com as Redes de Atenção ao SUS, estrutura-se uma forma de cuidado completo ao indivíduo, uma vez que a atenção primária funciona como uma espécie de filtro de fluxo de serviços, garantindo a organização dos atendimentos desde o mais simples até os mais complexos que necessitam ser referenciados (BRASIL, 2021).

A Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, utilizando prin-

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

principalmente a forma de trabalho em equipe, voltadas às populações de seu território, considerando a dinamicidade existente na região em que está inserida.

Além disso, ela orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Dentre as diversas estratégias utilizadas na APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma das principais dentro de uma Unidade de Saúde da Família (USF), levando para a comunidade diversos serviços multidisciplinares, dentre eles, os Cuidados Paliativos (CP).

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), revista em 2002, Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento (CARVALHO & AFONSECA, 2012). Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

O Cuidado Paliativo é indicado desde o diagnóstico da doença para que assim haja uma expansão no campo de atuação desse profissional da saúde, incluindo a família, durante os cuidados e após a morte do paciente, dando suporte no período de luto.

Esse modo de cuidado não se baseia em protocolos, mas sim em 9 princípios, são eles (CARVALHO & AFONSECA, 2012):

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida – os CP têm o papel de trazer a este paciente a naturalização da morte e o aproveitamento da vida que ainda pode ser vivida;
3. Não acelerar nem adiar a morte;

4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar aos familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

No Brasil, o Cuidado Paliativo teve seu início na década de 1980 e apresentou um crescimento significativo a partir do ano 2000, tanto na saúde privada quanto no SUS; e dentro da APS, esse serviço ainda é um desafio aos profissionais da USF (GOMES & OTHERO, 2016).

Discussão

A Worldwide Palliative Care Alliance é uma organização não governamental internacional com foco exclusivo no desenvolvimento de hospitais e cuidados paliativos em todo o mundo e categorizou os países conforme o nível de desenvolvimento na área (ABOUT US, 2021). Essa organização dividiu países que oferecem CP em: Grupo 1 (nenhuma atividade conhecida de assistência em cuidados paliativos); Grupo 2 (iniciativa de desenvolvimento de serviços, sem atividade estabelecida); Grupo

3 (dividido em 3a – fornecimentos isolados de cuidados paliativos, e 3b – cuidados paliativos generalizados); Grupo 4 (dividido em 4a – serviços de cuidados paliativos em fase preliminar de integração, e 4b – cuidados paliativos em integração avançada). O Brasil é classificado como 3ª (ABOUT US, 2021), ou seja, apresenta CP isolados, com pouco suporte, dependente de doações, e disponibilidade limitada de morfina (MATTOS & DERECH, 2020).

O envelhecimento populacional, somado aos avanços tecnológicos e científicos, culminam na maior prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e, conseqüentemente, no aumento da demanda de Cuidados Paliativos (MILANI & SILVA, 2021). Especificamente no Brasil, a modalidade de Atenção Domiciliar em CP, prevista no [Art.9º, III] da Portaria nº 825/GM/MS, de 25abril de 2016, garante ao cidadão brasileiro, que tem a necessidade de cuidados paliativos, o acompanhamento clínico, no mínimo semanal, com o objetivo de controlar a sua dor e o seu sofrimento (BRASIL, 2016).

Para obter maior eficácia e cobertura da população que demanda este tipo de atendimento, os CP devem ser integrados ao sistema de saúde do país em todos os níveis da APS (MILANI & SILVA, 2021), permitindo uma implementação equitativa e ampla destes cuidados, particularmente no Brasil em que há limitações de recursos na área da saúde e possibilidades restritas de cuidado institucional.

A maioria dos pacientes que necessitam de CP pela APS apresentam afecções como demência e doenças cerebrovasculares.

A relação entre Atenção Primária à Saúde e Cuidados Paliativos

Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), composta por uma equipe multidisciplinar, responsável pelo conjunto de ações em saúde desenvolvidas em um determinado território, visando à promoção à saúde e pre-

venção de agravos, diagnósticos e tratamentos, recuperação e cuidados paliativos (BRASIL, 2021).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê a oferta de CP na APS, que por ser o serviço de saúde mais próximo do usuário é a melhor opção para atender a essa demanda, por meio de sua equipe multidisciplinar. Devido a essa proximidade – vínculo criado entre família e UBS - a APS é capaz de perceber precocemente a necessidade de CP pelo paciente, podendo, dessa forma, aliviar o seu sofrimento, uma vez que evita intervenções, idas a hospitais e estresses psicológicos desnecessários.

O médico de família e comunidade (MFC) é o profissional responsável por atender nessa rede. Ele é uma espécie de coordenador do cuidado, responsável por articular o usuário nos diversos níveis de atenção e garantir o seu acesso aos serviços de saúde. Além disso, esse profissional tem competências específicas no CP que são: o manejo da dor em paciente terminal, o manejo de úlceras por pressão, a orientação de familiares quanto as providências relacionadas a morte do paciente, o manejo de intercorrências no paciente em cuidados paliativos e a abordagem do luto (MATTOS & DERECH, 2020) com perguntas envolvendo os oito domínios das diretrizes do National Consensus Project for Quality Palliative Care. Resultados: Foram analisadas 87 respostas de médicos de família de 34 cidades brasileiras. A maioria dos entrevistados (92%).

Cuidados Paliativos na APS - A importância do enfermeiro e da equipe multidisciplinar

O enfermeiro é o grande articulador dos CP na APS, uma vez que possui atribuições indispensáveis para um bom atendimento, sendo um dos profissionais com maior vínculo com o paciente, onde consegue reconhecer o contexto social no qual o(a) paciente e sua família estão inseridos, que possibilita o mesmo de planejar algumas medidas de interven-

ção ao identificar suas necessidades.

Nesta senda, temos que o enfermeiro desenvolve maior aproximação, através da visita domiciliar, sendo de extrema importância esta ação relacionada aos CP na APS. Ao criar vínculos, consegue identificar os diversos determinantes do processo saúde-doença deste indivíduo/família, tais como habitação, saneamento, higiene, escolaridades e outros. Isto contribui para realização de um cuidado mais humanizado, de corresponsabilidade, sentimento de renovação do exercício/prática profissional (MILANI & SILVA, 2021).

Reconhece-se como ações de apoio: responder holisticamente ao sofrimento humano gerado por experienciar a fragilidade diante do processo de morte no domicílio, estabelecer apoio emocional à família e aos cuidadores para lidar com o sofrimento durante os CP e na situação de luto, oportunizando o acesso deles à equipe multiprofissional após a morte do cliente. E como ações de educação aos familiares e cuidadores, têm-se: ensinar como cuidar, abrangendo medidas de segurança, prevenção de quedas, cuidados corpóreos, uso de medicamentos, curativos, cuidados com cateteres, exercícios ativos-passivos e postura; avaliar e manejar os sinais e sintomas comuns, atentando-se à capacidade de compreensão e ação destes.

Na sua rotina de atuação, o enfermeiro responsável pelo atendimento de CP, muitas vezes tem auxílio de outros profissionais da equipe multidisciplinar, de outras áreas, com assistente social, psicólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, nutricionista, acupunturista, dentre outros que fazem parte do NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) e que auxiliam no matriciamento dos casos.

Um dos problemas apontados nos artigos revisados é a falta de comunicação entre as equipes, sobreposições de papéis dos profissionais e problemas relativos a liderança, estes são desafios constantes que afetam a oferta e a qualidade dos serviços da APS uma vez que a comunica-

ção é um elo que permite a eficiência no processo de trabalho. Especificamente para os enfermeiros, foram apontados nos artigos que a qualidade dos relacionamentos e a percepção que cada profissional tem sobre o desempenho dos demais são fatores que influenciam o trabalho em equipe. Além disso, ressaltam que a comunicação é falha também entre médicos e enfermeiros e entre a equipe com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), dificultando o prosseguimento do tratamento e apoio às famílias (MATTOS & DERECH, 2020).

O uso de instrumentos de avaliação para os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde

Os instrumentos de avaliação são uma forma de obter maior objetividade nos diagnósticos e estabelecer melhores intervenções, evitando sub ou superestimação de sintomas em pacientes com CP.

A escala de triagem, chamada Palliative Care Screening Tool (**Tabela 1**), mostra-se muito útil dentro da APS permitindo uma identificação precoce de pessoas passíveis de CP. Apresenta quatro critérios: doenças de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente. A graduação é feita da seguinte forma: até 2 pontos - sem indicação de cuidados paliativos; 3 pontos - observação clínica; e maior ou igual a 4 pontos - considerar cuidados paliativos (LUCCHETTI et al., 2009).

Tabela 1. Escala Palliative Care Screening Tool⁸

Escala: Palliative Care Screening Tool ⁸	
<p>Critério número 1</p> <p>Doenças de base – Dois pontos para cada subitem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Câncer – metástase ou recidivas 2. Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada – repetidas exacerbações 3. Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) – decréscimo de função motora \geq 50% 4. Insuficiência renal grave – clearance de creatinina < 10 ml/min 5. Doença cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo FE < 25%, miocardiopatia e insuficiência coronariana significativa 6. Outras doenças limitantes à vida do paciente <p>Critério número 3</p> <p>Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de dependência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas diárias confinado ao leito ou à cadeira de rodas. Pontua-se de 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante)</p>	<p>Critério número 2</p> <p>Doenças associadas – um ponto para cada subitem:</p> <p>Doença hepática</p> <p>Doença renal moderada – clearance de creatinina < 60 ml/min</p> <p>DPOC moderada – quadro clínico estável</p> <p>ICC moderada – quadro clínico estável</p> <p>Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto</p> <p>Critério número 4</p> <p>Condições pessoais do paciente – um ponto para cada subitem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Necessidade de ajuda para decisões complexas de tratar e questões psicológicas ou espirituais não definidas 8. Histórico de internações recentes em serviços de emergência 9. Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base 10. Internações prolongadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico
<p>A soma dos subitens justificará a indicação ou não de cuidados paliativos: Até dois pontos – sem indicação de cuidados</p>	

Fonte: LUCCHETTI et al., 2009

Outros instrumentos são: Karnofsky Performance Scale (KPS), que avalia a capacidade e independência para realização de tarefas diárias (MATTOS & DERECH, 2020).; Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), uma escala visual numérica, com graduação de zero a dez, para avaliar nove sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, falta de apetite, falta de ar, bem-estar); Brief Pain Inventory (BPI) que avalia rapidamente a gravidade da dor e seu impacto no funcionamento do indivíduo; The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) que é uma espécie de auto-relato para avaliar a qualidade de vida de sujeitos com câncer e possui quatro domínios: distúrbios de sintomas físicos, sofrimento psicológico, nível de atividade e qualidade de vida global (MILANI & SILVA, 2021).

Há inúmeros instrumentos disponíveis que auxiliam na identificação mais objetiva das necessidades dos pacientes, que podem tanto ser utilizados isolados quanto em conjunto. Entretanto, segundo o estudo “Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional” (MATTOS & DERECH, 2020), o que se constatou é o pouquíssimo uso destes instrumen-

tos, uma vez que a maioria dos MFC (médico de família e comunidade) responderam que “quase nunca” os utilizam, como mostra a **Tabela 2**.

Tabela 2. Capacitação em cuidados paliativos - uso de ferramentas validadas.

	Sempre	Quase sempre	Quase nunca	Conhece, mas nunca usou	Não conhece
Uso de ferramentas para identificação de pacientes paliativos em potencial	5 (5,7)	15 (17,2)	32 (36,8)	6 (6,9)	29 (33,3)
Uso de ferramentas para avaliação do tipo de dor	9 (10,3)	22 (25,3)	31 (35,6)	7 (8)	18 (20,7)
Uso de ferramentas para avaliação da intensidade de dor	21 (24,1)	34 (39,1)	27 (31)	3 (3,4)	2 (2,3)
Uso de ferramentas para avaliação de performance	2 (2,3)	10 (11,5)	22 (25,3)	17 (19,5)	36 (41,4)

Respostas expressas em N (%)

Fonte: MATTOS & DERECH, 2020

Esse déficit no uso de ferramentas para avaliação causa um prejuízo na identificação dos pacientes que necessitam de CP, fazendo com que a APS não ofereça um atendimento de qualidade e não supra todas as necessidades de cuidado desse paciente e nem de seus familiares.

A ética na prática dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde

Sobre as questões éticas envolvendo o paciente que está fora de possibilidades terapêuticas, tem-se a dificuldade em se manter a justiça e a equidade, estabelecidas pelo SUS, quando a questão envolve o acesso aos CP na APS.

Há destaque para 2 dificuldades: o acesso geográfico e o acesso sócio-organizacional (RATES, 2017).

O acesso geográfico possui características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado. Já o acesso sócio-organizacional, um pouco mais amplo, associa-se aos recursos que facilitam ou impedem as pessoas de receberem os cuidados de uma equipe de saúde. Pode-se citar como exemplos: o horário de funcionamento, a forma de agendamento das consultas e a presença de longas filas, as quais são vistas como barreiras ao acesso, o tempo de disponibilidade da unidade de saúde, a oferta de cobertura após o horário

de funcionamento, o estímulo dos usuários a utilizarem outros serviços quando a unidade de saúde não estiver disponível, o acesso para portadores de deficiências físicas e idosos, entre outros (RATES, 2017).

A literatura também mostra que os conflitos éticos são constantemente vivenciados pela enfermagem durante o atendimento a pessoas e famílias contempladas pelos CP na APS (MILANI & SILVA, 2021). Essa situação tem como base a falta de conhecimento sobre a prática de CP – como entender a importância da espiritualidade – e a falta de habilidade comunicacional – como as técnicas para se fazer a comunicação de más notícias – gerando, dessa forma, posturas paternalistas e protetoras que interferem na autonomia do indivíduo.

Um conflito muito importante existente nesse meio é a decisão de passar ou não todas as informações ao paciente doente, sendo que, muitas vezes, são utilizadas linguagens técnicas e complexas com a pessoa adoevida pelo desejo da família de poupá-la. Essa prática fere um dos princípios do CP (Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente), uma vez que se desconsidera saber o que é importante para o indivíduo central do cuidado, tirando a sua autonomia em escolher se quer ter todo o conhecimento a respeito das etapas de sua doença e de seu cuidado.

Os profissionais desta área buscam constantemente um equilíbrio entre não anular a esperança e nem fortalecer falsas expectativas. Isso viria por meio de uma fala que inclua empatia, honestidade e uma ponderação entre sensibilidade e esperança, por isso da necessidade de desenvolvimento de programas e treinamentos em comunicação, melhorando, assim, o desempenho dos profissionais dessa área, assim como ofertando melhor apoio ao paciente e a sua família.

Conclusão

Ao longo do capítulo foi evidenciado o relevante papel a ser de-

sempenhado pelos diversos profissionais que atuam na APS, principalmente no que tange ao desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no Brasil. Percebe-se que, embora haja uma satisfatória oferta de cuidados paliativos dentro da APS, ainda se deve percorrer um longo caminho para que esse serviço seja ofertado com qualidade, eficiência e integralidade.

Diante do exposto, a implementação de algumas medidas, como: melhorar a capacitação da equipe; estimular uma intercomunicação mais efetiva, por exemplo, fazendo-se mais uso dos instrumentos de validação; melhorar a acessibilidade aos medicamentos, principalmente os opióides; ofertar treinamentos específicos para a área de CP, como o aperfeiçoamento de técnicas de comunicação de más notícias, podem melhorar a comunicação com os familiares, as discussões e desejos do fim da vida com o paciente (COSTA et al., 2020) e, conseqüentemente, elevar o nível da qualidade dos serviços de CP ofertados pela Atenção Primária no país.

Outro fator importante e que corrobora com a deficiência no atendimento dos CP na APS é a formação precária nas faculdades de medicina dentro dessa área, onde a maioria dos médicos afirma que não teve uma disciplina de cuidados paliativos em sua grade curricular. Dessa forma, fica apenas a critério pessoal a busca por mais conhecimento e informações a respeito de como se faz um correto atendimento de CP.

Torna-se essencial a ampliação de novos estudos para discussão e reflexão, subsidiando o fortalecimento desta temática e proporcionando novos olhares pelos profissionais e pela sociedade.

Referências

ABOUT US. *World Hospice and Palliative Care Day (WHPCD)*, 2021. Disponível em: <<https://www.thewhpca.org/about-us-3>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. *O que é Atenção Primária?*. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS). Ministério da Saúde, 2021. Disponível em <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016. *Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas*. Diário Oficial da União, 2016. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/15473.html>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

CARVALHO, R. T. de; AFONSECA, H. P. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2ªed, São Paulo, p. 23, 2012. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2022.

COSTA, L. F. da.; JÚNIOR, J. C. S.; SANTOS, E. M. dos.; GOMES, E. *Resposta ao artigo: Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, n. 42, p. 2469, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2469](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2469)>. Acesso em: 04 jan. 2022.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. *Cuidados paliativos*. Estudos Avançados, v. 30, n. 88, p.155–166, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

LAVRAS, C. *Atenção Primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil*. Saúde e Sociedade [online], v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

LUCCHETTI, G.; NETO, A. M. B.; RAMOS, S. A. C.; FARIA, L. de F. C.; GRANERO, A. L.; PIRES, S. L.; GORZONI, M. L. *Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência*. **Geriatrics, gerontology and aging**, v. 3, 3ª ed., Setembro, 2009. Disponível em: <<http://ggaging.com/details/299/pt-BR>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

MATTOS, C. W.; DERECH, R. D. *Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, n. 42, p. 2094, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2094)>. Acesso em: 04 jan. 2022.

MILANI, L.; SILVA, M. M. da. *A enfermagem e os cuidados paliativos na atenção primária à saúde*. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 13, p. 434–442, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7485>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

RATES, C. M. P. *Bioética e acesso aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde*. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São João Del Rei/Campus Centro-Oeste Dona Lindu, 2017. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B8aGAElldoeceW41Zjc1b3NIaG8/view>>. Acesso em 04 jan. 2022.

CAPÍTULO 3

Tripla carga de doenças

Natália Furlaneto Barbosa¹
Luciana Coimbra de Mello²

Palavras-chave: Tripla Carga de Doenças; Doenças Crônico-degenerativas; Doenças Infectocontagiosas

INTRODUÇÃO

Quando a expressão *tripla carga de doenças* é apresentada, indubitavelmente, o primeiro questionamento logo surge: “Quais são as três?”. Pois bem, esse termo se refere a três grupos de enfermidades que ocorrem simultaneamente no século XXI, sendo: doenças infectocontagiosas, desnutrição e distúrbios reprodutivos, doenças crônico-degenerativas e causas externas.

A origem

O século XX trouxe consigo revoluções tecnológicas, medicinais e agrícolas ilustres. Por consequência, sabe-se que a expectativa de vida obteve elevação extraordinária ao longo da evolução, praticamente dobrando a média de idade para sobrevivência de um indivíduo.

Em meados do século XX, notou-se intensa redução da taxa de natalidade, inclusive menor em relação às taxas de mortalidade no período. Esse fato contribuiu demasiadamente para a ocorrência do processo de transição demográfica atual. Com tal advento, seria impossível que a sociedade não sofresse notáveis modificações.

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

Discussão

Doenças agudas: o paciente procura o médico

Análises de 1930 demonstram que 46% das mortes eram por causa infecciosa, oriunda de complicações geradas por micro-organismos patógenos. Esse grupo de doenças é caracterizado, geralmente, por condições agudas, de ligeiro curso, autolimitadas e de duração inferior a três meses. Iniciam-se abruptamente e possuem, costumeiramente, causa simples e facilmente diagnosticável. Além disso, tendem a apresentar resultado próspero quando submetidas a tratamentos específicos (MENDES, 2011).

Esse cenário é definido por um ciclo simples de mal-estar, cuidado e melhora. Nesse sentido, além de necessidade fisiopatológica, existe, intrinsecamente, uma necessidade cultural do paciente buscar auxílio de um profissional de saúde. Dessa forma, pouco se falava sobre acompanhamento, prevenção ou busca ativa em tempos passados.

Doenças infectocontagiosas e seu curso

No universo infeccioso, é importante destacar que não existem somente condições agudas, mas também processos infecciosos crônicos. Dentre esses, destacam-se condições causadas por vírus, como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e hepatites virais B e C, por bactérias, como tuberculose e por parasitas, como leishmaniose, esquistossomose e malária (CARMO et al., 2003).

O grupo de doenças infecciosas apresentou determinadas tendências durante a evolução do cenário epidemiológico. São divididas em: erradicadas, declinantes, persistentes e emergentes/reemergentes (CARMO et al., 2003).

Isto posto, há aquelas erradicadas no Brasil, as quais não estão mais presentes na sociedade e não existem notificações sanitárias a respeito, como a varíola, erradicada em 1973, e a poliomielite, em 1989

(CARMO et al., 2003).

Também existem aquelas em declínio, as quais apresentam baixa incidência, como o tétano, a raiva humana transmitida por animais, a difteria, a coqueluche, a doença de Chagas, a hanseníase, a febre tifoide, a oncocercose e a filariose (CARMO et al., 2003).

Por outro lado, existem aquelas persistentes, com aparecimento de tendência estável entre a população, como as hepatites B e C, a tuberculose, a meningite, a leishmaniose, a esquistossomose, a malária e a febre amarela (CARMO et al., 2003).

As doenças infectocontagiosas persistentes são, geralmente, produto do meio socioeconômico, muito relacionadas com as condições educacionais e sanitárias locais e, por isso, tendem a ser endêmicas, ou seja, com maior prevalência em determinadas localidades.

Ademais, há o grupo das doenças emergentes/reemergentes, que são caracterizadas por desaparecer em determinados períodos e reaparecem em circunstâncias favoráveis, como a dengue e a febre amarela urbana, ambas propagadas pelo mesmo mosquito *Aedes aegypti*.

O grupo de doenças infectocontagiosas mostra-se, majoritariamente, em declínio no âmbito epidemiológico, fato este que se deve a intensa vacinação propagada no país por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 1973. Além disso, a elevação do nível educacional e da qualidade sanitária no país também são fatores que, seguramente, contribuíram.

O atual paradoxo da desnutrição

Em meio às discussões a respeito da ascensão mundial da obesidade, a escassez alimentar e o processo de desnutrição são uma realidade factual. Essa situação acarreta prejuízos ao desenvolvimento humano e, além de debilitar o crescimento e o desenvolvimento físico e cognitivo pueril, mostra-se como fator de privação à dignidade humana. Tem-se

aqui o desafio da desigualdade.

Os impasses da reprodução humana

Com a mudança do panorama demográfico, educacional e tecnológico, a inserção da mulher no mercado de trabalho ocorreu de forma enérgica, fato que estimulou o aumento abundante do uso de métodos contraceptivos, além da projeção tardia da maternidade e construção familiar. Consequentemente, tem-se aumento das taxas de infertilidade e das gravidezes de alto risco. Tais situações exigem um olhar atento do sistema de saúde.

O enfrentamento dessa nova realidade apresenta alternativas que visam alcançar soluções, como reprodução assistida, congelamento de óvulos e planejamento familiar.

Doenças crônico-degenerativas

Indubitavelmente, no cenário epidemiológico atual, a condição de saúde hegemônica é aquela de curso crônico. Conhecidas como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), possuem início gradual, evolução lenta e são influenciadas por padrões de exposição ambientais. A sintomatologia é ampla e, costumeiramente, progride com atenuação e/ou perda funcional. Ainda, são passíveis de episódios de agudização, caracterizados por exacerbação da doença.

Nesse grupo de enfermidades incluem-se: *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares (por ex.: hipertensão arterial sistêmica), neoplasias malignas e doenças respiratórias crônicas.

Por apresentarem risco à vida, principalmente a médio e longo prazo, necessitam de abordagem específica e diferente daquela utilizada para condições agudas.

Condições crônicas: além da doença

Nessa classificação, além das doenças crônico-degenerativas, incorporam-se também determinados estados fisiológicos. Dentre eles, tem-se a gravidez, a puericultura, a hebicultura e a senicultura.

Quadro 1 – Comparação prática entre agravos agudos e crônicos

Características	Condição Aguda	Condição Crônica
Início	Abrupto.	Gradual e insidioso.
Causa	Única e facilmente identificável, geralmente.	Multifatorial, geralmente.
Duração	Curta.	Longa ou indefinida.
Diagnóstico	Costuma ocorrer com exatidão, sendo quadro clínico e exames altamente sugestivos.	Complexo, visto que enfermidades crônicas podem coexistir.
Conduta médica	Prescrever o tratamento.	Educação em saúde, criação de vínculo e cuidado longitudinal.
Prognóstico	Cura, geralmente.	Tratamento contínuo, farmacológico ou não, e/ou ausência de cura, geralmente.
Ação clínica	Centrada no médico.	Compartilhada entre profissionais e usuários do sistema de saúde.
Papel do paciente	Seguir as prescrições.	Corresponsabilização por sua saúde, participação ativa com autonomia e autocuidado.
Papel do sistema de saúde	Ação reativa e episódica.	Ação proativa e contínua.

Fonte: adaptado de Mendes (2011).

Fatores de risco: hábitos de um ciclo vicioso

Hábitos humanos possuem capacidade de gerar impactos extremamente danosos ao organismo que a alma incessante habita. O tabagismo, o excesso de peso, o sedentarismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, a alimentação desbalanceada e ultraprocessada são práticas que ceifam aos poucos. Em curto prazo, observa-se o chamado *circuito cerebral hedônico* (KRINGELBACH; BERRIDGE, 2009), no qual a neuroanatomia do prazer revela a presença de centros cerebrais atuantes em rede, que ativam neurotransmissores controladores dos eventos e estados de

prazer diante de determinadas situações-gatilho. As principais regiões envolvidas são o sistema límbico e o córtex cerebral. Nesse contexto, existem três comportamentos que regulam a prosperidade interna. Primeiramente, há o “gostar”, sensação controlada pelo núcleo acumbens e que é intensamente despertada com a ingestão de alimentos ricos em açúcar e sal. Também existe o “querer”, sensação controlada principalmente pelo sistema dopaminérgico e que emite comportamentos insistentes, com buscas e desejos infreáveis, capaz de originar vícios e compulsões. A principal causa do desbalanço e de excesso do “querer” origina-se do abuso de drogas lícitas ou ilícitas.

Como terceiro e último elemento, tem-se o “aprender”, processo que envolve as lembranças e a capacidade de memorizá-las. Nesse sentido, estão relacionados gatilhos que traduzem ânsias por comportamentos, ou seja, memórias capazes de impulsionar o indivíduo a agir negativamente.

Dessa forma, é simplista e ineficiente apenas sugerir ao paciente que mude sua rotina. Existem comandos neuroanatômicos de recompensas prazerosas programadas para que o indivíduo atue da maneira que se segue, por isso, para que breves momentos de bem-estar ocorram, o mecanismo neuroendócrino entra em ação, estimulando o ser humano a fumar, ingerir alimentos altamente gordurosos e açucarados e/ou abusar de narcóticos. Esta mesma pessoa dificilmente realiza exercícios físicos.

Em uma situação oposta, rotinas benéficas também possuem mecanismos compensatórios de prazer e recompensa. Um indivíduo que pratica exercícios físicos regulares apresenta liberação de β -endorfina e de serotonina, neurotransmissores responsáveis por ocasionar sensação de intenso bem-estar (MELLO et al., 2005). Além disso, há melhor transporte de oxigênio, fato que amplia a disposição do indivíduo para realizar outras diversas atividades.

A atividade física não atua somente nos âmbitos físico e hormo-

nal, mas também no domínio cognitivo, ao aperfeiçoar mecanismos de amplitude da memória e de raciocínio.

Em síntese, a qualidade de vida se torna satisfatória e agradável, além de reduzir a probabilidade de que eventos cardiovasculares danosos ocorram.

Conhecer o funcionamento humano permite que entendamos o modo de ação de um fator de risco, visto que o ato final (por ex.: fumar) é apenas a ponta de um iceberg. Dessa forma, o próximo passo consiste na abordagem adequada do paciente pelo profissional de saúde e na construção, juntos, de um planejamento eficiente e acompanhado periodicamente.

Causas externas

Tal grupo é constituído por traumas físicos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, de início abrupto e como consequência instantânea de violência ou outra causa exógena (GONSA-GA et. al.,2012).

Estão inclusos nessa subdivisão: traumas, acidentes de carro, quedas, homicídios e suicídios. É importante salientar que aproximadamente 80% da mortalidade nesse grupo ocorrem no sexo masculino, fato que contribui para os menores índices de expectativa de vida dos homens. Tais eventos caracterizam-se por níveis epidemiológicos ascendentes e configuram um importante problema de saúde pública da atualidade.

O cuidado em redes: solução a diante

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o sustentáculo do sistema de saúde brasileiro, ou seja, é a base de apoio deste. É a responsável por coordenar o cuidado em meio às referências e contrarreferências.

Nesse sentido, a APS é o alvo de início da reformulação. Assim, a incoerência do modelo de atenção à saúde anterior exigiu que o modo de ação do sistema fosse repensado. Anteriormente, o modelo vigente era

passivo, hierárquico, fragmentado e sem continuidade de atenção. Porém, o atual cenário epidemiológico com a tripla carga de doenças exige um sistema ativo, poliárquico (MENDES, 2011), integrado e que acompanhe longitudinalmente sua população. Por conseguinte, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010), construídas a partir do modelo de atenção crônica Mc Kall estadunidense, do modelo da pirâmide de riscos e dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (BUSS, 2007).

Figura 3 – Determinantes sociais que configuram o processo saúde/doença



Fonte: DAHLGREN E WHITEHEAD ³(1991, apud MENDES, 2011)

As RAS são responsáveis por planejar ações, programas, comunicações entre os diferentes níveis de atenção, redes temáticas, modelos de atenção à saúde agudos e crônicos, estratégias de intervenção e de logística. Seu objetivo principal é possibilitar a integralidade no atendimento. Nessa realidade, é indispensável a presença de equipe multidisciplinar e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além da necessidade de valorização do autocuidado.

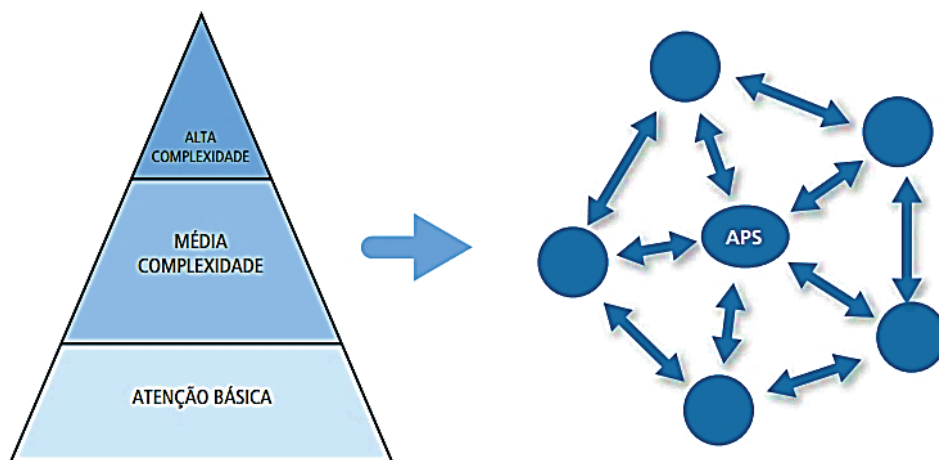
Assim, é preciso articular um sistema que seja capaz de lidar com a sobreposição dos diferentes tipos de doenças com equidade e eficiência.

³ DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. – Policies and strategies to promote social equity in health. Stoclm, Institute for Future Studies, 1991.

cia, no qual haja protagonismo do paciente.

Para que o cuidado seja efetivo, é indispensável que cada território consiga planejar suas ações, afinal, sabe com maior propriedade aquilo de que necessita, assim, o processo de descentralização das decisões mostra-se muito bem-vindo (BRASIL, 2017).

Figura 4: A importante mudança: sistemas piramidais e hierárquicos dão espaço para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011).

Conclui-se que o padrão de morbimortalidade foi alterado com a evolução humana. Sendo assim, surgem desafios. Não se deve intervir do mesmo modo em pacientes com doença infecciosa e com doença crônica, do mesmo modo que a APS não pode esperar pela procura do paciente crônico ao serviço de saúde, pois, no momento em que há essa procura, a situação costuma estar grave, o que acarreta gastos exorbitantes ao SUS e impede que o indivíduo tenha qualidade de vida satisfatória.

Ao olhar socioeconômico laboral, o déficit na saúde individual se reflete em menor disponibilidade de população economicamente ativa, fato que interfere na produtividade nacional e no produto interno bruto (PIB), postergando desenvolvimentos e investimentos em diversos seto-

res do país (MENDES, 2011).

Têm-se aqui os desafios da complexidade nacional.

Educação em autocuidado para doenças crônicas

Quando um profissional da saúde possui um indivíduo com doença crônica diante de si não basta apenas receitar medicamentos e aconselhá-lo. É preciso mais. É preciso trabalhar junto.

O primeiro passo (“Amparar”) é estabelecer vínculo e acolhê-lo. Nunca se deve esquecer que o paciente costuma ter consciência de que sua doença não possuirá cura e isso lhe traz vulnerabilidade. Portanto, é preciso não somente colher sua história e realizar exame físico completo, mas também demonstrar empatia e fornecer um ambiente seguro, que transpareça a sensação de que “existe o que fazer”. É importante esclarecer sobre um cuidado longitudinal que lhe trará qualidade de vida.

O segundo passo (“Classificar”) é estratificar os riscos, visto que doenças crônicas possuem diferentes graus de suscetibilidade e, conseqüentemente, terão diferentes necessidades. Desta forma, deve-se definir o grau de seriedade da doença. Quando o paciente não dispuser de condições para autocuidado, faz-se necessário o contato com familiares. Se for preciso, o profissional pode levar o caso para discussão em equipe multidisciplinar e a criação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser uma solução.

O terceiro passo (“O que”), quando o paciente está apto ao autocuidado, é fazer uma lista dos problemas (por ex.: obesidade, não adesão ao tratamento).

O quarto passo (“Como”) é escolher uma ou duas prioridades para a mudança e traçar o modo de fazê-las. Assim, o paciente terá maior segurança e foco. Conseqüentemente, a chance de sucesso é maior. Um exemplo é estabelecer metas fixas, como caminhar por trinta minutos diariamente ao invés de apenas pedir que o paciente caminhe. Se neces-

sário, modificar as metas em consultas posteriores.

O quinto passo (“Reavaliar”) consiste em acompanhá-lo de modo a marcar retornos periódicos ao serviço de saúde e, na ocasião, mensurar vitórias e/ou remanejar metas.

É essencial utilizar diretrizes baseadas em evidências. Isso fornecerá melhor qualidade de assistência e permite tratamentos mais adequados. É indispensável que o paciente participe das escolhas de metas e exponha suas vontades, criando um planejamento realista, de modo que seja bem executado posteriormente. Empodere seu paciente!

Um período para se lembrar: a exacerbação infecciosa mundial

Muito se discutia sobre manejo para doenças crônicas, as famosas “sem cura”. Porém, algo inesperado ocorreu a partir de 2019: transmissão e contágio em massa por um vírus denominado SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19. Cidades e estados pararam. Países pararam. O mundo parou.

Até o cenário referido, doenças infectocontagiosas predominavam em países de baixo desenvolvimento socioeconômico. Todavia, a COVID-19 não fez distinção patrimonial. Criou-se um cenário antiquado: milhões de pessoas morrem por doença infecciosa.

Diante disso, houve dor, mas houve cuidado. Instalou-se um panorama jamais visto pelas gerações atuais: a medicina baseada em amor, benevolência, lágrimas e busca insaciável pelo conhecimento. Nessa atmosfera, criam-se protocolos e infraestrutura. Velozmente, em meses, surgem vacinas. Vale destacar que, anteriormente, as vacinas eram disponibilizadas somente após dez anos de pesquisas (LIMA et al., 2021). O mundo reage e a luz no fim do túnel aparece.

A pandemia, então, cursou com resultados prósperos, uma vez que a mortalidade decresce após o início imunização e da sublime dedicação dos profissionais. A medicina vence a cada paciente que vive.

Conclusão

Um olhar além do que se vê

Incoerente nessa reflexão seria não relembrarmos, à frente, os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que são: universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990). A partir destes, rege-se todo um modelo de atenção à saúde que visa cuidar e proteger a nação brasileira e não nega amparo ao estrangeiro que habita seu solo.

Ainda distante de alcançar a plenitude que se propõe na lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, o SUS segue evoluindo de modo próspero porque existem indivíduos que acreditam e lutam por ele, diariamente. Profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e diversas outras especialidades dispõem-se em linha de frente e coordenam as adversidades, reduzindo continuamente as hostilidades do sistema.

É preciso que o foco do cuidado se desvie da doença e se centralize no paciente como um todo.

“Há medicamentos para toda a espécie de doenças, mas, se esses medicamentos não forem dados por mãos bondosas, que desejam amar, não será curada a mais terrível das doenças: a doença de não se sentir amado.” - Madre Teresa de Calcutá

Referências

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, p .28, 2013.

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: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. *A saúde e seus determinantes sociais*. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online], v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR, J. B. da. *Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, jun. 2003. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2021.

FRENK, J. *Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico*. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

GONSAGA, R.A.T. et al. *Avaliação da mortalidade por causas externas*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online], v. 39, n. 4, p. 263-267, ago. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000400004>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Em 2018, expectativa de vida era de 76,3 anos. 2019*. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

KRINGELBACH, M. L.; BERRIDGE, K. C. *Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness*. Trends. Cogn. Sci., v. 13, n. 11, p. 479-487, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2767390/>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

LIMA, E. J. F.; ALMEIDA, A. M.; KFOURI, R. de Á. *Vaccines for COVID-19 - state of the art*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online], v. 21, n. Suppl 1, p. 13-19, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100002>>. Acesso em: 24 Jan. 2022.

MELLO, M. T.; BOSCOLO, R. A.; ESTEVES, A. M.; TUFIK, S. *O exercício físico e os aspectos psicobiológicos*. Revista Brasileira de Medicina do Esporte [online], v. 11, n. 3, p. 203-207, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1517-86922005000300010>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. *Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes*/Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. - São Luís, 2016.

CAPÍTULO 4

Saúde Preventiva: como promover a mudança de hábitos

Vinícius Vilas Boas de Sene¹
Ricardo Burato Dias

Palavras-chave: Saúde Preventiva; Saúde e Educação; Mudança de Hábitos em Saúde

Introdução

Houve, em um passado recente, a percepção de que a preocupação com a saúde era algo destinado somente às pessoas com melhores condições financeiramente e que não possuíam todas as preocupações rotineiras dos indivíduos de classes mais baixas. Contudo, com a melhora nas condições de vida das pessoas com menor poder aquisitivo, essa visão do processo saúde-doença também foi se alterando, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a preocupação com a prevenção das patologias mais comuns – doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – tem se tornado uma prática frequente em todas as camadas da esfera social.

Para compreender o que exatamente é o processo de prevenção em saúde, faz-se necessário o conhecimento de algumas definições que regem esse movimento e de alguns pontos cruciais que propiciam a manutenção dessa realidade preventiva.

Primeiramente, tem-se que a prevenção é entendida como qualquer atitude que vislumbre a redução de mortalidade e morbidade dos indivíduos e também qualquer ação que limite a progressão da doença ou que impeça o surgimento dessa (STARFIELD et al., 2008).

A partir disso, faz-se necessária a compreensão acerca da distinção

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

das subdivisões que contemplam o processo de prevenção. São elas: a prevenção primária, a secundária, a terciária, a quaternária (BRASIL, 2010) e a prevenção quinquenária. Cada uma delas abrangem um momento do processo de saúde-doença e essa última, principalmente, abrange também a perspectiva do profissional que executa os cuidados.

A prevenção primária que é determinada pelas intervenções destinadas aos indivíduos que ainda não desenvolveram patologia, como por exemplo, o aconselhamento à cessação do tabagismo, à prática de exercícios físicos em relação à prevenção de doenças cardiovasculares ainda não estabelecidas. Além disso, dinâmica de vacinação também se associa ao processo de prevenção primária, uma vez que essa visa promover a imunização do indivíduo antes que esse tenha contato primário com a doença (BRASIL, 2010).

As ações de prevenção secundária são realizadas para detectar um problema de saúde o mais precocemente possível em pessoas que já possuem a doença instaurada. E suas atitudes visam à detecção em um estágio inicial, grande parte das vezes até sem manifestações clínicas, facilitando o diagnóstico e o tratamento a fim de melhorar a evolução clínica da enfermidade. Exames para diagnóstico precoce e o rastreamento são as principais formas desse tipo de prevenção (BRASIL, 2010).

A prevenção terciária se apresenta como os feitos que vislumbram reduzir os agravos decorrentes de um distúrbio agudo ou crônico. Os principais exemplos dessa são reabilitação a pessoas vítimas de infartos ou acidentes vasculares encefálicos ou a prevenção contra possíveis complicações de uma hipertensão arterial mal controlada (BRASIL, 2010).

A prevenção quaternária (P4) engloba ações direcionadas a indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas visando à proteção dessas contramedidas inapropriadas e aconselhando-os a optar

por atos eticamente aceitáveis (BRASIL, 2010). Na atenção primária à saúde (APS), a P4 geralmente é operacionalizada por meio da utilização crítica, competente e judiciosa dos recursos diagnósticos e terapêuticos biomédicos associados com uma abordagem clínica holística e centrada no usuário (TESSER; NORMAN, 2021).

A prevenção quinquenária (P5) possui um enfoque que se destoa das demais, ela vislumbra um cuidado em relação à qualidade de vida dos profissionais envolvidos no processo de promoção de saúde, buscando, principalmente, prevenir as consequências do estresse que permeia a profissão (SANTOS, 2014). Nessa senda, as medidas voltadas a P5 vem beneficiar a relação médico-paciente, pois o paciente passa a ser cuidado por um profissional que é cuidado durante este processo do cuidar, ou seja, há um olhar sobre a qualidade de vida dos profissionais (SANTOS, 2019).

Dessa forma, compreende-se que todos esses subtipos de prevenção estão compreendidos em uma dinâmica preventiva que se baseia fundamentalmente em três pilares: a manutenção do baixo risco, que tem como propósito a permanência de pessoas com baixo risco para o desenvolvimento de doenças nessa condição; a redução de risco, que visa diminuir os fatores que estão fortemente relacionados à doença diminuindo conseqüentemente essa e a detecção precoce, que busca por meio da exposição dos principais sinais clínicos precoces a conscientização dos indivíduos a fim de reduzir o risco potencial implicado pela doença.

Discussão

Saúde Preventiva no Cenário Nacional

Desde os primórdios do processo de reestruturação democrática do Brasil, em 1985, foi possível observar uma intensa preocupação com o âmbito de saúde no cenário nacional. Foi nesse momento histórico que logrou o principal projeto de saúde do país, a criação e institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (SOUZA, 2007).

Essa política, que fundamenta todos os programas de saúde pública do Brasil, é embasada essencialmente em princípios que alicerçam todas as medidas de promoção de saúde no território nacional. Na perspectiva da saúde preventiva, principalmente, esse possui um papel importantíssimo para ambos os pilares envolvidos nesse pêndulo. Tanto para o indivíduo que recebe todo o manejo de saúde, desde políticas de conscientização até os cuidados médicos para uma patologia já estabelecida, quanto para o Estado que articula com os impostos arrecadados por meio da máquina pública para o pagamento desses serviços, a fim de que esses saiam de forma 'gratuita' para a população (PAULI; ARTUS; BALBINOT, 2003).

Dessa forma, observa-se nos últimos anos uma mudança do enfoque estatal da prevenção secundária e terciária para as ações de prevenção primária, visto que uma mudança nessa forma imediatista de enxergar a problemática de saúde no Brasil resultaria em menos custos aos cofres públicos, principalmente após a implantação da Estratégia de Saúde da Família que teve início com o Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994. Isso se dá, essencialmente, devido ao contraste entre os gastos existentes nas diferentes esferas de prevenção (SOUZA, 2007).

A partir disso, compreende-se o motivo para o qual houve grandes investimentos em políticas de conscientização social, acerca da importância do cuidado preventivo, da busca por ajuda e por orientação. Isso, além de representar um bem imensurável ao indivíduo que prolonga o seu bem-estar e o confere qualidade de vida, também age de maneira a reduzir os custos com a saúde pública que nos tempos atuais representam uma grande parcela dos gastos da união.

No entanto, para que se estabeleça uma política de prevenção efetiva faz-se necessário a instituição de um plano organizado de compreensão acerca da população que será atendida. Uma das formas de se estabelecer este grupo poderá ser por meio da realização de estudos

epidemiológicos, a fim de determinar quais ações seriam mais indicadas e que poderá trazer melhores resultados para o público estabelecido. Em virtude do tempo que poderá levar para realização/execução deste projeto, que deve ser vislumbrado como algo com enfoque no futuro, algumas vezes não é o mesmo objetivo de alguns gestores públicos, que poderão dificultar sua realização.

Vantagens da Saúde Preventiva e Potenciais Malefícios de Processos Preventivos não Validados

É notório que existem diversas vantagens na dinâmica da saúde preventiva, principalmente visando uma população que está atingindo uma longevidade mais ampla e que se deparava muitas vezes como uma realidade de saúde que estava completamente focada em eventos episódicos e urgentes. Isso, por sua vez, concatenava em uma redução na qualidade de vida desses indivíduos, dado que esses se apresentavam em uma idade mais avançada e obviamente não possuíam uma capacidade de recuperação tão eficiente como a de indivíduos mais novos (STARFIELD et al., 2008).

É visando principalmente essa população que foram instauradas políticas de prevenção e promoção de saúde. Assim, em contraponto a perspectiva médica voltada para o tratamento, essa nova concepção atribuiu papel principal ao indivíduo atuando nesse com uma visão holística, e concebendo ao paciente atenção a todas as particularidades que ele possui, agregando-o ao sistema e, conseqüentemente, fornecendo-o qualidade de vida. Nesta perspectiva, temos as ações relacionadas a medicina preventiva, que auxilia na promoção do bem-estar, como a prática regular de exercícios físicos, alimentação saudável através de uma dieta balanceada, realização de exames periódicos e inclusive as várias vacinas disponíveis, que são fundamentais para a prevenção de diversas doenças. Juntas tais ações, proporciona principalmente a redução da possibilidade do desenvolvimento de doenças (DCNT), que ao longo do

tempo podem se agravar, levando a complicações para a saúde.

De acordo com Brasil (2010), mudanças positivas no estilo de vida (mais saudável), que visam a diminuir ou controlar diversos fatores de risco, podem levar a prevenção de algumas doenças específicas na população, por meio de ações de promoção da saúde.

Existem diversas frentes em que a medicina preventiva atua, mas os principais pilares que remetem mais resultados são os de diagnóstico precoce e o de rastreamento. No entanto, ao vislumbrar a busca por uma visão integral do paciente, há diversos meios que além de promover a elevação do bem-estar do indivíduo também reduzem os riscos de desenvolvimento de futuras patologias, como por exemplo, a realização de programas sociais aliados a palestras de conscientização com enfoque na redução do tabagismo na população jovem.

No entanto, a implantação de promoção de programas sociais que disponibilizam serviços de saúde à população se apresenta como meios fundamentais momentaneamente e não uma forma concisa de alcançar intrinsecamente todos os indivíduos. Essa mudança envolve fatores que ainda estão enraizados na concepção de saúde da grande maioria dos brasileiros, assim para que a medicina preventiva atinja a eficácia plena é necessário que os indivíduos entendam a importância da prevenção (prevenir) e as inúmeras vantagens que a mesma pode proporcionar. Dessa maneira, compreende-se que a modificação no sistema não é só estrutural, mas também ideológica (OLIVEIRA; LIBERAL; ZUCCHI, 2015).

Resultados da Dinâmica Preventiva no Brasil

A dinâmica preventiva possui papel fundamental na estruturação de uma saúde pública que seja completamente voltada para a qualidade de vida do indivíduo e que seja sustentável financeiramente para a União. Apesar de ser uma realidade que ainda necessita de vários amparos e um grande esforço para que seja plenamente implantada, essa já demonstra excelentes resultados mesmo em um curto período de execução.

A educação popular em saúde é um movimento histórico de mudanças, inicialmente propostas por profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e repetitivas dos serviços de saúde, que não atendiam às camadas mais necessitadas da população brasileira (FALKENBERG et al., 2014).

Os principais resultados dessa dinâmica voltada à prevenção são observados pela busca mais frequente por informações em postos de saúde, a realização mais rotineira de exames de rastreio por parte da população e principalmente um anseio maior desses em como promover um autocuidado.

Na educação em saúde deve ser enfatizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico. Na educação na saúde deve ser enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais, ações direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real (FALKENBERG et al., 2014).

E para que essa realidade seja perpetuada é necessário que os projetos e programas sociais avancem cada vez mais e, conseqüentemente, atinjam um público gradativamente maior.

Conclusão

Assim, ao vislumbrar tudo o que foi discutido anteriormente compreende-se que o progresso da prática preventiva no Brasil é algo notório e que já produz resultados factíveis. No entanto, apesar de já se apresentar como uma realidade claramente benéfica, ainda está longe de ser uma dinâmica comum no seio social.

Dessa forma, conclui-se que para que essa atinja seu ápice de performance e que gere todos os benefícios que é capaz faz-se necessário uma alteração na visão dos indivíduos acerca da concepção de saúde-

doença. E com isso, conseqüentemente, haverá uma mudança em toda o processo de saúde de UBSs, Pronto Socorros e Santa Casas, uma vez que uma pessoa que compreende a dinâmica preventiva desobstrui e não sobrecarrega o sistema de saúde, além de perpetuar essa perspectiva para as pessoas do seu ciclo social.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2022.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. *Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntD-m/?lang=pt>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

OLIVEIRA, K. R. D.; LIBERAL, M. M. C. D.; ZUCCHI, P. *Aplicação de recursos em medicina preventiva no sistema de saúde complementar*. Einstein (São Paulo), v. 13, n. 4, p.600-603, out/dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/mYGwVMJhj7DkLVRHYyLPfZq/?lang=pt>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

PAULI, L. T. S.; ARTUS, S. C.; BALBINOT, R. A. A. *A perspectiva do processo saúde/doença na promoção de saúde da população*. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 24-42, nov. 2003. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81032/84680>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

SANTOS, J. A. *Resgate das relações abusivas em que nos encontramos: uma questão de prevenção quinquenária*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1847, 11 fev. 2019. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1847](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1847). Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1847/996>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SANTOS, J. A. *Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, actuando no médico*. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, [S. l.], v. 30, n. 3, p. 152-4, 2014. DOI: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i3.11358>. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11358>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SOUZA, M. L. S. *Saúde Preventiva*. Notícias AMPRS – Associação do Ministério Público do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 23 jan. 2007. Disponível em: <<http://www.amprs.com.br/noticias-amprs/717/saude-preventiva>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

STARFIELD, B.; HYDE, J.; GÉRVAS, J.; HEATH, I. *The concept of prevention: a good idea gone astray?*. Journal of Epidemiology & Community Health, England, v. 62, n. 7, p. 580-583, 2008. Disponível em: <<https://jech.bmj.com/content/62/7/580>>. Acesso em: 21 jan. 2022

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. *Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares (II): aproximação contextual*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2566, 13 jul. 2021. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2566](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2566). Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2566/1614>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

CAPÍTULO 5

O dia seguinte

Alicia de Assis Silvério Gonçalves¹
Lucila Bistaffa de Paula²

Palavras-chave: Medicina; Enfermagem; Atenção básica

Introdução

Em meados de 2019 já havia rumores de uma nova doença que estaria se alastrando sobre a cidade de Wuhan, província de Hubei, na China (COERDT; KHACHEMOUNE, 2021). Dentro de poucas semanas, esses rumores passaram a ser algo comprovado e temido, não apenas pela nação chinesa, mas por todo o mundo, isto é, já faziam parte das notícias que corriam o mundo (PRADO et al., 2020).

Em semanas, sintomas leves como febre, tosse seca, obstrução nasal, cansaço, dentre outros, se transformam em sintomas mais severos, como falta de ar e dificuldade respiratória (COERDT; KHACHEMOUNE, 2021). Dentre esses pacientes, que rapidamente evoluíam para casos críticos, muitos apresentavam insuficiência respiratória, falência de múltiplos órgãos e no pior dos casos, a morte (GUO et al., 2020). Este fato, apenas aponta para evidências da doença COVID-19, produzida pelo coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) (PRADO et al., 2020).

De uma maneira geral, o mundo se encontrava exposto a um vírus com fisiopatologia desconhecida e um crescimento exponencialmente significativo. Diante desse cenário de casos e mais casos confirmados da doença, uma parcela bastante afetada foi a dos estudantes, dentre eles: crianças e adolescentes. Como esperado, se encontraram vulneráveis não apenas no contexto de saúde, mas sem dúvida, de qualidade de vida. As-

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

pectos do dia a dia mudaram significativamente e junto a isso, a incerteza do futuro e como seria, de fato, o dia seguinte (CESTARI; FLORÊNCIO; SOUSA, 2020).

Discussão

É evidente que a adolescência é um processo de desenvolvimento e amadurecimento marcado por grandes transformações, as quais se encaixam no contexto biopsicossocial do indivíduo (OLIVEIRA et al., 2020).

Tal momento é cercado de mudanças e complexidades abordadas de acordo com cada contexto no qual os indivíduos se encaixam. São vários os meios nos quais os adolescentes estão inseridos que possuem grande influência na formação de seu caráter (OLIVERIA et al., 2020).

Os aspectos gerais que abordam o contexto dos adolescentes, envolvem influências de políticas e programas de saúde voltadas para os mesmos, os quais, no Brasil, podemos ver no Programa Saúde na Escola em 2007, sem contar das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde de 2010. Sabe-se que esses meios são essenciais, não apenas no processo educativo, mas na integridade da saúde destes. Com o objetivo de manter a saúde preservada em amplos aspectos (OLIVERIA et al., 2020).

O meio educacional em si, somado ao meio familiar são importantes e fundamentais para a formação do indivíduo. Contudo, no decorrer da propagação do vírus COVID-19, ocorreram medidas sanitárias que buscavam controlar o contágio que havia crescido exponencialmente (JUNIOR; PAIANO; COSTA, 2020). Sendo assim, para garantir, ou ao menos, tentar garantir a proteção da população e ao menos desacelerar a propagação do vírus, a OMS instituiu o fechamento das instituições de ensino e retirou cerca de 1,5 bilhão de crianças e adolescentes das escolas (OLIVEIRA et al., 2020).

E mais uma vez, esses adolescentes se viram diante da incerteza do dia seguinte, o ciclo social interrompido, provas e testes adiados, e não menos importante, ficaram reclusos em suas casas. Geraria isso, um aumento na vulnerabilidade dos adolescentes em lidarem com medos, incertezas e ansiedades? Embora tenha sido inevitável, a suspensão das atividades de ensino resultou em efeitos psicológicos negativos, não se retendo apenas ao aspecto mental, mas também se voltando ao físico de crianças e principalmente adolescentes (JUNIOR; PAIANO; COSTA, 2020).

O afastamento de seus ciclos sociais se fez necessário, diante do momento em que o mundo passava. Mas dia após dia, se viam mais expostos ao aumento da vulnerabilidade para sofrerem outros tipos de violências. Notam-se evidências, em sua grande maioria nas periferias das grandes metrópoles, embora o COVID-19 não escolha idade, classe social, sexo ou etnia (OLIVEIRA et al., 2020).

Sempre será necessário voltar nossos olhos ao processo saúde-doença, saúde-risco e ao acesso aos cuidados básicos, de acordo com métodos de prevenção, na linha de cuidados, tratamento e na abordagem com o contexto em que cada adolescente se encontra, com o foco sempre na importância do olhar acolhedor e às individualidades de cada indivíduo (BRASIL, 2010).

Dentro de uma revisão sistemática de literatura, do tipo scoping review, intitulada “A Saúde do Adolescente em Tempos da COVID-19”, foi discutida a abordagem necessária de acordo com aspectos clínicos, diagnósticos, na linha de tratamento e no prognóstico de cada indivíduo dentro dessa classe. Outro ponto interessante e notável foi a nota de apenas um óbito na faixa etária entre 10 e 19 anos. Nota que traz grande alívio para os envolvidos com as terríveis consequências notadas como efeitos dessa doença (OLIVEIRA et al., 2020).

Dentre tantos efeitos diretos e indiretos da pandemia, ressalta-

-se que um período prolongado de confinamento pode gerar mudanças bruscas, e por conseguinte, causar medo, ansiedade, estresse e preocupações nesses adolescentes, em âmbito familiar (RICHTER et al., 2020). A abordagem da saúde mental nesse contexto também traz efeitos gerais na qualidade de vida desses adolescentes. Haja vista, que, de acordo com um estudo epidemiológico transversal chinês, foi relatada uma elevada prevalência de sintomas depressivos e ansiosos neste público, correspondentes à uma porcentagem de 43,7% e 37,4%, respectivamente. Além de que 31,3% dos adolescentes foram acometidos por ambos os sintomas (OLIVEIRA et al., 2020).

Por conta das mudanças psicobiológicas e seu contexto familiar, a maneira como cada indivíduo responde a situações que o tirem de sua zona de conforto pode ser diferente. Reflexos do distanciamento desses adolescentes com o seu meio social pode desencadear o aumento do estresse, refletindo em comportamentos negativos (RICHTER et al., 2020).

Acredita-se que é na adolescência o momento em que é necessário dizer o quanto esses indivíduos são importantes e essenciais no meio em que vivem. Uma forma de fazê-los compreender isso, seria, por exemplo, dando-lhes um propósito, incluindo-os em atividades da casa, restituindo o senso de responsabilidade e importância, como também a chance de reconstruir relacionamentos e vínculos familiares que possam ter se perdido (MANGUEIRA et al., 2020).

Por outro lado, o isolamento social trouxe à tona a vulnerabilidade que alguns se encontravam, isto é, houve um aumento nos relatos de violência doméstica, não apenas pela proximidade dos menores com suas figuras abusivas, mas também pela falta de diálogo (OLIVEIRA et al., 2020). Essas situações de grande tensão familiar, podem servir de “gatilho emocional” para o surgimento de doenças mentais (OLIVEIRA et al., 2020)

Ainda nessa linha de raciocínio, a respeito de problemas psico-

lógicos e saúde mental, é necessário ressaltar a importância desse tema dentro da saúde do adolescente. Há registros de uma prevalência de cerca de 30% dos transtornos mentais comuns nos brasileiros (OLIVEIRA et al, 2020). Os mais comuns são: Depressão; Ansiedade; Queixas inespecíficas; Queixas de somatização (JUNIOR; PAIANO; COSTA, 2020).

Adolescentes e Doenças Respiratórias

Dentre as enfermidades que acometem o sistema respiratório, a asma é a causadora de maior impacto (RABHA et al., 2021). Há grande relevância deste tema quando o assunto é fator de risco para a manifestação da doença COVID-19. No Brasil, a prevalência da asma é significativamente alta nos adolescentes (RABHA et al., 2021). Em um estudo nacional, com a participação de 74.589 adolescentes, obtiveram-se uma prevalência de 13,1% de toda a amostra (OLIVEIRA et al., 2020).

Além desta pesquisa, vale ressaltar, uma edição de 2015, realizada pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), que reuniu dados de 102.072 estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental de todos os estados brasileiros e do Distrito Federal e registrou que cerca de 17,92% dos matriculados tinham relatos de ao menos um episódio de asma em algum período de suas vidas. Tais relatos incluíram chiados no peito, como um sintoma comum entre 23,52% dos participantes (OLIVEIRA et al., 2020).

Tendo em vista os dados citados acima, nota-se a importância das equipes de saúde em prestarem maior atenção para os adolescentes com comorbidades respiratórias, pois de fato, elas estão diretamente ligadas ao risco de contágio do vírus SARS-CoV-2 (OLIVEIRA et al., 2020).

Conclusão

Dado o exposto, torna-se nítido que as circunstâncias impostas pela pandemia da doença COVID-19 trouxeram sérias implicações aos adolescentes em diversos aspectos, seja nas relações interpessoais, bem

como na saúde física e mental. Diante desse novo contexto, esse público encontrou-se em meio ao dilema de como lidar com essas adversidades.

Sendo assim, toda situação que tire o indivíduo de sua zona de conforto, proporcionará crescimento e mostrará inúmeras perspectivas, das quais o ser humano terá a possibilidade de escolher como lidar, isto é, como enfrentará o dia seguinte.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde/Ministério da Saúde*, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 24 set. 2021.

COERDT, K. M.; KHACHEMOUNE, A. *Corona viruses: reaching far beyond the common cold*. African health sciences, v. 21, n. 1, p. 207–213, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.4314/ahs.v21i1.27>>. Acesso em: 24 set. 2021.

CESTARI, V.; FLORENCIO, R.; SOUZA, G; GARGES, T.; MARANHÃO, T.; CASTRO, R.; CORDEIRO, L.; DAMASCENO, L.; PESSOA, V.; PEREIRA, M.; MOREIRA, T. *Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 3, p. 1023-1033, 2021. Disponível em: <<https://www.mendeley.com/catalogue/1f694bf6-e3fa-331f-a288-b381a6ccab24/>>. Acesso em: 24 set. 2021.

GUO, Y. R.; CAO, Q. D.; HONG, Z. S.; TAN, Y. Y.; CHEN, S. D.; JIN, H. J.; TAN, K. S. ; WANG, D. Y.; YAN, Y. *The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status*. Military Medical Research, v. 7, n. 11, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7068984/>>. Acesso em: 24 set. 2021.

JUNIOR, P. G. F.; PAIANO, R.; COSTA, A. S. *Isolamento Social: consequências físicas e mentais na inatividade física em crianças e adolescentes*. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 25, e0115, 2020. Disponível em: <<https://www.rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14263/11050>>. Acesso em: 24 set. 2021.

MANGUEIRA, L. F. B.; NEGREIROS, R. A. M.; DINIZ, M. F. F. M.; SOUSA, J. K. *Saúde mental das crianças e adolescentes em tempos de pandemia: uma revisão narrativa*. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 11, e4919, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4919>>. Acesso em: 24 set. 2021.

OLIVEIRA, W. A.; SILVA, J. L.; ANDRADE, A. L. M.; MICHELI, D. D.; CARLOS, D. M.; SILVA, M. A. I. *A saúde do adolescente em tempos de COVID-19: scoping review*. Cadernos de Saúde Pública [online], v. 36, n. 8, e00150020, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00150020>>. Acesso em: 24 set. 2021.

PRADO, A. D.; PEIXOTO, B. C.; SILVA, A. M. B. da; SCALIA, L. A. M. *A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa*. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4128/2188>>. Acesso em: 24 set. 2021.

RABHA, A. C.; FONGARO, G.; CAMARGO, C.N.; JUNIOR, F. I. de O.; OLIVEIRA, T. A. de; CESAR, R. G.; FONGARO, G.; MARIANO, R. F.; CAMARGO, C. N.; FERNANDES, F. R.; WANDALSEN, G. F. *Manifestações clínicas de crianças e adolescentes com COVID-19: relato dos primeiros 115 casos do Sabará Hospital Infantil*. Rev. paul. pediatr., v. 39, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpp/a/m7zBFzcbP37c9YdJsqmGqqw/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 24 set. 2021.

RICHTER, S. A.; SCHILLING, L. B.; CAMARGO, N. F.; TAURISANO, M. R. G.; FERNANDES, N. F.; WEARICK-SILVA, L. E.; NUNES, M. L. *Como a quarentena da COVID-19 pode afetar o sono das crianças e adolescentes*. Residência Pediátrica, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatria.com.br/pdf/rp130521a01.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2021.

SOUZA, M. C.; BARBOSA, F.; A. O.; CÔRTEZ, G. C. *Understanding the Family Relationship Towards Child Growth and Development*. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 11, n. 3, p. 694-699, 2020. Disponível em: <<https://www.mendeley.com/catalogue/d0d7f364-43bc-3bbb-bc4e-6d69e9e408bd/>>. Acesso em: 24 set. 2021.

V - Adaptação da estratégia da família

CAPÍTULO 1

Rotatividade das equipes da estratégia saúde da família: prejuízo na atenção primária à saúde

Giulia Caroline Piperno¹
Ricardo Burato Dias²

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Rotatividade na APS; Sistema Único de Saúde

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, sendo considerada o caminho de entrada ao sistema de serviços de saúde e a responsável por interconectar todos os pontos de atenção à saúde (SHIMAZAKI, 2009).

Quando dizemos que a APS é o principal “caminho de entrada”, nos referimos a sua habilidade de organizar o fluxo assistencial de maneira a separar desde os casos mais simples aos mais complexos. Seu objetivo é promover ações visando o âmbito individual e coletivo de uma comunidade, sendo caracterizada pela promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, e reabilitação inserindo o indivíduo novamente na comunidade, sendo seu alvo a máxima redução de danos. Além disso, promove uma atenção integral e humanizada a população, impactando de maneira positiva (SHIMAZAKI, 2009).

A APS é orientada pelos princípios de acessibilidade, universalidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e da participação social (SHIMAZAKI, 2009). A continuidade do cuidado ou longitudinalidade, pode ser considerada o principal atributo e também exclusivo da APS, pois por

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

meio dessa se torna possível acompanhar o paciente ao longo do tempo, seguindo todo o processo da doença e cuidados preventivos. Essa particularidade pode contribuir para que haja o alcance da integralidade com os usuários da APS (TONELLI et al., 2018).

A mesma conta com programas de estratégias para que a ação de seus cuidados seja o mais próximo dos indivíduos da comunidade a qual abrange, uma delas é a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é um dos eixos estruturantes da Atenção Básica (AB), levando um atendimento multidisciplinar através de suas equipes ao paciente, sua família e comunidade abrangida por sua Unidade Básica de Saúde (UBS). Esta visa trazer a humanização para as práticas em saúde através da criação de vínculo entre profissional-paciente, permitindo maior cuidado com o mesmo, além disso, favorece um diagnóstico e um tratamento mais preciso, levando em consideração o acompanhamento contínuo (MEDEIROS et al., 2010).

Contudo, a ESF sendo uma organização, apresenta também problemas que estão presentes no dia a dia dos profissionais que a compõem, sendo um deles a rotatividade de funcionários (TESSER et al., 2018). Visto que o vínculo e a continuidade do cuidado são princípios que estruturam essa estratégia (TESSER et al., 2018) e tem imensa importância, esse capítulo busca discorrer sobre os motivos que levam a rotatividade de profissionais, objetivando mostrar a maneira como reflete sobre a Atenção Primária.

Estratégia de saúde da família

A Estratégia de Saúde da Família teve início com o Programa de Saúde da Família (PSF) criado pelo Ministério da Saúde no ano de 1994. Desde então, objetiva a organização e reforço da Atenção Básica nacional, baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Ela é pautada na ideia de descentralização do modelo centralizado no

atendimento hospitalar, visando a enfermidade do paciente, e centralização no atendimento e cuidado voltado ao paciente como um todo, um indivíduo com suas particularidades e individualidade (GUEDES, 2007).

Para formação de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família é necessária uma colaboração multiprofissional, o que facilitará a criação de vínculo com a sociedade e dessa forma o cuidado atingirá maior satisfação. A equipe deverá ser composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Como citado previamente, o grupo de profissionais que compõem a equipe de ESF tem como foco principal a integração do cuidado, almejando suprir as necessidades em saúde do indivíduo através da contribuição de diferentes especialistas. Esse trabalho em conjunto, proporciona a implementação de ações de promoção a saúde, as quais visam a prevenção à doença, para que não haja a necessidade de tratamentos futuros, ou o desenvolvimento de programas que priorizam os grupos de risco e fatores de risco da área de atuação de determinada equipe; promovem a divulgação de informações, pois sabemos que a falta delas é um problema encontrado principalmente em comunidades com menor acesso a meios para adquiri-las (BRASIL, 2017); além de auxiliarem na redução da morbimortalidade, devido a melhora na qualidade de vida proporcionada a comunidade. Portanto, é notória a importância da prática do trabalho interdisciplinar, o qual auxilia na formação de diagnósticos e tratamentos mais precisos, ademais, reduz também a quantidade de encaminhamentos desnecessários que contribuem para a quebra da

continuidade do acompanhamento do médico para com o paciente.

Rotatividade de equipes

Para Iwamoto e Anselmi (2006), a rotatividade pode ser definida como um movimento que se verifica no mercado de trabalho, caracterizado pelas entradas e saídas dos indivíduos de uma determinada instituição que compõe esse mercado. Compreende a medida do número de trabalhadores que passa pelos postos de uma seção, empresa, setor ou ramo, num determinado período de tempo.

Quando falamos de gestão organizacional de empresas, há um termo conhecido como “turnover”, que consiste na frequência em que funcionários entram e saem das empresas sendo de forma voluntária ou não (PIERANTONI, 2015), ou seja, a rotatividade de trabalhadores, e quando aplicado as equipes de ESF, seria explicado pela saída de funcionários dessas equipes, havendo assim uma perda do acompanhamento e por consequência, do cuidado com o paciente. Robbins (2009, p. 22) pontua que a rotatividade de empregados de uma organização pode apresentar aspectos positivos, como a saída de uma pessoa com desempenho fraco e a substituição por outra mais capacitada, e aspectos negativos, como a consequente perda de pessoas indispensáveis, prejudicando o processo de trabalho da organização (ROBBINS, 2009).

Segundo Medeiros et al. (2010), as hipóteses para a explicação dessa rotatividade são postuladas sobre fatores intrínsecos e extrínsecos aos funcionários da rede pública. Como fatores extrínsecos temos: estilo da gestão, as equipes e o processo de trabalho, influência político-partidária, regime de trabalhos e remuneração, e condições de trabalho. Já como fatores intrínsecos ao profissional temos: a conciliação entre a vida profissional e pessoal, oportunidades de mercado, vínculo com a comunidade, formação e perfil. E estes podem ser explicados da seguinte maneira (MEDEIROS et al., 2010):

Fatores extrínsecos

Estilo de gestão: Há unidades que apresentam um estilo de gestão mais autoritário e rigoroso, centrando sua organização em estruturas piramidais, ou seja, ações, projetos, ordens, todos impostos de cima para baixo. Os profissionais de saúde relatam que modelos como esse não reconhecem o trabalhador da saúde como tendo um papel central no cuidado, e estes são responsáveis por trazer descontentamento as equipes, além de desmotivar e limitá-los na tomada de decisões, contribuindo, portanto, para o aumento da rotatividade.

Equipe e processos de trabalho: Fora precitado inúmeras vezes o importante papel das equipes que compõem o ESF, entretanto, alguns profissionais, perceberam que esse trabalho estava sendo realizado em sua maior parte de forma individual, cada qual em sua área específica, podendo ser identificado como uma espécie de trabalho em grupo, e não em equipe, assim dizendo, não há interações entre os empregados, prejudicando o trabalho interdisciplinar. Ademais, acrescentam que profissionais insatisfeitos com seu processo de trabalho, com baixa realização profissional, em constantes conflitos com a equipe e seus superiores, são mais propensos a deixarem seus cargos.

Influência político-partidária: Em alguns municípios, há relatos de influência política que refletem sobre a dinâmica de trabalho das equipes. Os prejuízos podem ser notados por exemplo no setor financeiro, por corte ou diminuição de verba, ou quando se tratava do desenvolvimento da função do médico, pois o mesmo relatava empecilhos postos pela gestão do município, sendo resultados de uma falta de posicionamento político, por exemplo.

Regime de trabalho e remuneração: A legislação do SUS não prevê meios de estabilidade para os profissionais se tratando de assuntos financeiros, sendo a remuneração um dos motivos que levam a uma rotatividade frequente de profissionais. Médicos e enfermeiros satis-

feitos com seu ganho salarial tendem a permanecer em sua unidade de atuação, além disso fatores como a constância no pagamento também influenciarão.

Condições de trabalho: A falta de estrutura fora citada também como um ponto que contribui para a insatisfação das equipes, relatando a falta de profissionais, de insumos, espaço e até mesmo estrutura local.

Fatores intrínsecos

Conciliação entre a vida profissional e a pessoal: Uma das dificuldades encontradas para que seja mantido o seguimento da equipe, é a conciliação entre a vida profissional e a pessoal, fato esse que pode se dar por inúmeros motivos, como a distância entre o trabalhador e sua família, o custo de vida diferente entre municípios, e até mesmo o desejo de formar uma família, o que muitas vezes pode levar o profissional a deixar por determinado período seu cargo.

Oportunidade de trabalho: Sabe-se que para profissionais de saúde há uma grande quantidade de ofertas de trabalho, essas, constituem os fatores que influenciam na constante troca de empregados, pois a eles são oferecidas melhores ofertas salariais, condições de trabalho, oportunidade de crescimento como profissional e possibilidade de aumento do rendimento.

Vínculo com a comunidade: Visto que a ESF preconiza o atendimento mais humanizado ao paciente, um bom acolhimento se torna essencial. Como profissionais, muitas vezes ao realizarmos esse tipo de atendimento ao indivíduo, criamos um vínculo de extrema importância com o mesmo, vínculo o qual é responsável muitas vezes por predizer se o profissional deixará sua unidade de atuação ou continuará com o acompanhamento de forma integral o paciente, visando seu bem-estar.

Formação e perfil: O perfil dos profissionais varia de acordo com a metodologia utilizada por sua faculdade. Segundo pesquisa qualitativa realizada com profissionais de saúde, alguns entrevistados pontuam uma

diferença entre profissionais que estão formados a mais tempo, pois estes apresentam maior dificuldade em se adaptar a dinâmica das equipes de ESF, já os profissionais que se formaram recentemente têm uma maior facilidade se tratando da adequação a esse modelo de gestão.

São incontáveis os motivos responsáveis pela grande rotatividade de profissionais, assim como é grande a lista de motivos para sua permanência, entretanto, assim como toda ação tem uma reação, a constante troca de profissionais pode refletir de forma negativa na Atenção Primária a Saúde.

Discussão

Durante o capítulo, fora descrito a importância das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a Atenção Primária a Saúde (APS). Dentre todos os motivos precitados para o aumento da rotatividade de funcionários, podemos dizer que estes se refletirão de forma negativa se tratando do cuidado na Atenção Primária.

Campos e Malik (2008), em seu artigo publicado pela Revista de Administração Pública, pontuam algumas consequências causadas pela alternância de funcionários na rede de saúde pública. Dentre estes, podemos citar o aumento dos custos para a reposição de profissionais, pois com a constante saída de funcionários há a necessidade de reposição dos mesmos, além dos custos em função de profissionais que requerem um árduo treinamento para a administração de sua função. É válido pontuarmos também que é frequente a dificuldade de contratação de profissionais, portanto quando um membro da equipe de ESF deixa sua unidade de atuação, nem sempre consegue ser substituído com agilidade e eficácia (CAMPOS; MALIK, 2008).

Além disso, um dos principais fatores e se não o mais importante, seria a perda de continuidade no cuidado. A Secretaria de Políticas de Saúde (2000), descreve algumas das estratégias de trabalho das equipes de saúde da família como sendo as seguintes: “conhecer a realidade das

famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; e prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária”, ou seja, são as equipes as responsáveis por participarem de todo o processo de cuidado e adesão a promoção e prevenção de saúde por parte da população. Podemos dizer, que a partir do momento em que um profissional, que apresenta grande vínculo com seu paciente deixa de realizar sua função, a continuidade do cuidado será cortada, ademais, o paciente poderá por escolha, deixar de ser acompanhado pela Unidade de Saúde.

Para Teixeira (2012), a rotatividade afeta negativamente a equipe de enfermagem do PSF de diversas maneiras, sendo a principal o impedimento do vínculo ou relação estreita e estável por intermédio da constante mudança de indivíduos da equipe, ao mesmo tempo, causa sobrecarga de trabalho nos trabalhadores que permanecem na instituição, aumenta a necessidade de treinamento de novatos e os custos de processo admissional.

Por fim, cabe aos gestores, diante desta multiplicidade de fatores, estruturarem estratégias de atração e fixação profissional que ultrapassem os limites da competição mercadológica, por meio do aumento do salário. Adotar medidas que valorizem o trabalhador e seu trabalho, dando-lhe as condições adequadas de emprego e perspectiva de crescimento em sua carreira profissional poderá trazer benefícios para o trabalhador e para a prestação dos serviços (LIMA, 2012).

Nessa senda, na medida em que a proposta do PSF funda-se no vínculo entre os profissionais da equipe de saúde e a população, a alta rotatividade dos profissionais pode comprometer a efetividade do modelo (CAMPOS, 2005).

Conclusão

Observou-se no decorrer deste capítulo, a importância do funcionamento de um dos pilares da Atenção Primária, sua atuação e objetivos, pontos que podem dificultar a dinâmica de seu trabalho. Ao interpretar os resultados, podemos notar que os pontos negativos da rotatividade de profissionais se sobressaem.

Para mais, a correlação da satisfação profissional com a permanência dos profissionais em suas funções, depende fundamentalmente de melhorias como a disponibilização de materiais para a realização do trabalho e investimento na estruturação da unidade, além de piso salarial adequado e investimento na desenvoltura da dinâmica em grupo das equipes, pontos fundamentais para iniciar o processo de resolução desse problema, pois a estabilização das equipes de ESF é de extrema importância para a construção de um modelo centrado na integralidade do cuidado.

Trata-se, portanto, de buscar o desenvolvimento de estratégias, tendo em vista que, a rotatividade profissional interfere no impedimento do vínculo entre os indivíduos da equipe, causando impacto negativo sobre os profissionais e para a comunidade a ser atendida, torna-se fundamental constituir-se ações com o apoio da equipe de gestão de saúde para diminuição da rotatividade profissional.

Conclui-se por fim que, o cuidado e a dedicação para com a Estratégia de Saúde da Família são indiscutíveis para constituição do que tanto almejamos com o SUS, ou seja, proporcionar o que é de direito de todos – acesso a saúde – da melhor maneira possível e sempre buscando o aperfeiçoamento.

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)*. Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 11 jan. 2022.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. *Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família*. Rev. Adm. Pública (RAP), v. 42, n. 2, p. 347-368, abr., 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

CAMPOS, C. V. A. *Por que o médico não fica?: Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo*. 2005. 195f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2438/42290.PDF?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

GUEDES, H. M.; DE PAULA, L. D.; NAKATANI, A. Y. K.; COELHO, A. B. *Resultados alcançados com a Estratégia Saúde da Família após cinco anos de implantação em uma cidade do interior de Minas Gerais*. REME – Rev. Min. Enf., v. 11, p. 363-368, 2007. Disponível: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/358>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

IWAMOTO, H. H.; ANSELMINI, M. L. *Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba, Minas Gerais*. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 27, n. 3, p. 443-453, 2006.

LIMA, F. L. T. *A rotatividade dos profissionais na estratégia de saúde da família: um estudo sobre a microrregião de Itabira, MG*. 2012. 84 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/tes-4918>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. *A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família*. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], p. 1521-1531, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/K7krGK8mMKNmQxTnjnnnXkH/?lang=pt>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M.; FRANÇA, T.; MAGNAGO, C.; RODRIGUES, M. P. S. *Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil*. *Saúde debate*, [s. l.], v. 39, n. 106, p. 637-647, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gFc7r8NKLhyQcZVWPmTqnFH/?lang=pt>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

ROBBINS, S. P. *Comportamento Organizacional: O que é comportamento organizacional?*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, ed. 11, 2009.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. *Departamento de Atenção Básica*. Programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública/Journal of Public Health*, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/WmH6wLKd4vXgSC9gnfFkMXG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

SHIMAZAKI, M. E. (Org). *A Atenção Primária à Saúde*. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante*. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: ESPMG, 2009, 104 p., p. 38-43. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/PDAPS_oficina-1_PBH_participante.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2022.

TEIXEIRA, D. A. V. *Efeitos da rotatividade do profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família*. 2012. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Governador Valadares.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. *Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação*. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, número esp. 1, p. 361-378, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxhpPLW-JjJMWrq9fL4K/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

TONELLI, B. Q.; LEAL, A. P. R.; TONELLI, W. F. Q.; VELOSO, D. C. M. D.; GONÇALVES, D. P.; TONELLI, S. Q. *Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil*. RFO UPF, Revista da Faculdade de Odontologia - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, mai/ago. 2018. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8314/114114300>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

CAPÍTULO 2

Nova demanda de acolhimento na atenção primária à saúde em virtude da pandemia de Covid-19: luto

Larissa de Lima Ávila¹
Jesiela Passarini²

Palavras-chave: COVID-19; Luto; Atenção Básica

Introdução

Desde o final de fevereiro de 2020, com a confirmação do primeiro caso da doença provocada pelo SARS-COV-2, o Brasil enfrenta uma difícil situação de calamidade na área da saúde. A doença, inicialmente reportada como casos de pneumonia de causa desconhecida na província chinesa de Wuhan em dezembro de 2019 (ZHU et al., 2020), levou a OMS a declarar estado de emergência de saúde pública de importância internacional em janeiro de 2020 que culminou com a declaração de pandemia em março de 2020 (WHO, 2021).

No Brasil, após 1 ano e 6 meses do desenvolvimento do primeiro caso, já foram registrados mais de 18 milhões de casos confirmados e mais de 500 mil mortes (PORTAL BRASIL, 2021). Assim, são evidentes os impactos que a pandemia trouxe não só para a saúde, haja vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o grande responsável por lidar com as demandas de saúde em caráter nacional, mas também na vida de todos os cidadãos brasileiros de forma geral.

Tais impactos provocados pelas mudanças no dia a dia da vida das pessoas, devido às medidas restritivas adotadas como tentativa de frear o avanço do vírus, pela crise econômica que o Brasil enfrenta, pelo

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

desemprego e pelo sentimento de luto individual e coletivo, em um país que vivencia tantas mortes diárias e se encontra diante de uma total falta de controle do curso da pandemia, criam uma nova demanda no acolhimento prestado aos pacientes, principalmente no ponto de atendimento em que lhes é a porta de entrada: a Atenção Primária à Saúde (APS) (FIOCRUZ, 2020; BRASIL, 2012).

O acolhimento, um dos eixos mais importantes no processo de trabalho em saúde, é uma responsabilidade de todos os profissionais da atenção básica e diz respeito a uma ferramenta de inclusão e escuta do indivíduo que procura auxílio, devendo fazer-se presente na totalidade das ações desenvolvidas pelo serviço de atendimento (BRASIL, 2013). Assim, acolher um paciente enlutado exige ainda mais tato da equipe de saúde para construção do vínculo, isto porque o luto é um processo multidimensional e um momento particular que transforma a vida da pessoa, deixando-a em um estado de imensa vulnerabilidade.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é tentar compreender como a pandemia tem impactado na oferta de serviços de saúde aos indivíduos na atenção básica, criando novas demandas em acolhimento, especialmente em relação à saúde mental de pacientes que enfrentam o luto pela morte de entes queridos em seus núcleos familiares e de amigos, abordando as fases da perda e o papel da equipe de saúde da família ao lidar com esse processo.

Discussão

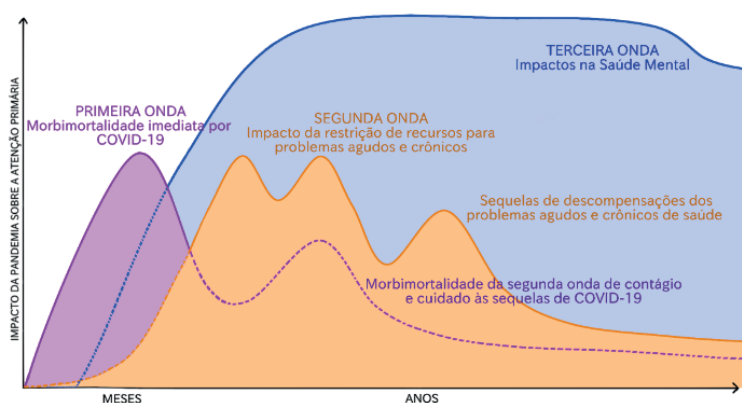
A APS é a base de atendimento no SUS e o canal de comunicação com toda a rede de prestação de serviços, sendo por isso considerada a porta de entrada do sistema e capaz de apresentar resolutividade em 80% dos casos. Por funcionar de maneira descentralizada, é capaz de aproximar a população do atendimento em saúde e de compreender de perto as necessidades dos usuários (BRASIL, 2012).

Dentre os princípios organizacionais do SUS que são norteadores

do trabalho na APS, a humanização é um dos mais importantes e deu origem em 2003 à Política Nacional de Humanização (PNH) como maneira de consolidar essa dimensão do cuidado. Tal política traz, como uma das diretrizes, o conceito de acolhimento que expressa o processo de inclusão do indivíduo através de uma escuta qualificada, capaz de reconhecer de forma efetiva e singular as suas necessidades de saúde, estabelecendo, dessa forma, relacionamento de confiança e vínculo entre as equipes e o usuário e a prestação de um atendimento resolutivo (BRASIL, 2013).

Os impactos da COVID-19 na APS criam demandas diferentes de atendimentos nesse setor que podem ser divididas em três ondas: casos de contágio pelo SARS-COV-2, cenários de quadros agudos e crônicos agravados pelo absenteísmo dos pacientes nos serviços de saúde em virtude das medidas de isolamento e repercussões no âmbito da saúde mental. Essa terceira onda, como apresentado no gráfico 1, seria a mais prevalente e impactante, tendo em vista que engloba muitos aspectos relativos ao próprio efeito da pandemia sobre a vida das pessoas, mas também considerando o elo de proximidade que esse serviço de saúde tem com a população, estando mais aberto a ofertar acolhimento e lidar com as queixas e anseios dos usuários (SAVASSI et al., 2020).

Gráfico 1. Curva de sobrecarga da COVID-19 e suas consequências na APS



Fonte: SAVASSI et al. 2020

Dessa forma, um dos grandes desafios durante a pandemia, enfrentado pelas equipes de atenção básica, ao lidar com a sobrecarga de atendimentos relativos à saúde mental é abordar a vivência do luto frente a morte de familiares e pessoas próximas do núcleo familiar devido a COVID-19. Esses profissionais, por conhecerem a territorialidade e a comunidade, presenciam de perto a desestruturação e o sofrimento que a morte causa, e devem estar preparados para abordar e auxiliar os indivíduos a passarem por essa fase, evitando riscos de agravamento do quadro psíquico e prestando um atendimento sensível à dor do indivíduo.

O temor da morte e o luto

O medo da morte sempre foi uma característica marcante da sociedade e durante uma pandemia é ainda mais próximo e inesperado do que de rotina (FIOCRUZ, 2020). Em seu livro “A morte é um dia que vale a pena viver” (2016), a médica especialista em cuidados paliativos Ana Claudia Quintana Arantes, usa a metáfora da morte como um grande muro, para explicar que apesar de essa barreira existir e ser intransponível, o que importa ao contemplar esse muro é todo o trajeto que a pessoa percorreu para chegar até ali. Ademais, considerando-se que não é possível ter autoconsciência da morte no momento em que se morre, mas sim experimenta-se esse fenômeno, indiretamente, no outro que morre (WERLE, 2003), o processo de luto torna-se ainda mais relevante, já que se traduz não só na perda do vínculo com uma pessoa que é amada, mas também nas repercussões que essa mudança tem na vida do indivíduo. Assim, é necessário estar preparado para enfrentar o momento, não só quem vive a perda, mas também quem acolhe o enlutado.

Segundo Parkes (1998), o luto é definido como um período de transição entre aspectos psicológicos e sociais que pode ter diversas repercussões na vida humana, seja de forma somática, social, cultural ou emocional e pode até mesmo ser entendido como um evento traumático.

Já o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) conceitua “Luto sem complicações” como uma reação de sofrimento normal à morte de um ente querido que pode, como consequência, cursar com alguns sintomas correspondentes a um transtorno depressivo maior, a exemplo de sentimento de tristeza, acompanhado de insônia, perda do apetite e perda de peso. Entretanto, são mais marcantes no luto os sentimentos de vazio e perda, sendo que a disforia pode apresentar diminuição de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como “dores do luto” que podem estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido (MICHEL; FREITAS, 2019).

Fases do luto

De acordo com o livro “Sobre a morte e o morrer” de Elisabeth Kubler-Ross (1969), o processo de luto também pode ser dividido em cinco fases que auxiliam na compreensão do caminho que o indivíduo está percorrendo, a fim de se prestar o cuidado adequado. É importante ressaltar que esses estágios têm duração variável e nem sempre são exclusivos na vivência, podendo ocorrer de forma concomitante.

O primeiro estágio é marcado pela negação e pelo isolamento, constitui um estado temporário de choque, um mecanismo de defesa do indivíduo diante da nova situação, que é gradualmente superado. O segundo estágio tem início quando o primeiro deixa de ser sustentável, a negação dá espaço a sentimentos de raiva, inveja e ressentimento pelo acontecido. No terceiro estágio acontece a barganha, uma tentativa de adiamento do desfecho inevitável e de reconciliação com a condição do passado, o qual dura por pouco tempo. O quarto estágio, depressão, é marcado pelo grande sentimento de perda, de tristeza, de desesperança e, por vezes, de culpa que é expresso de forma mais silenciosa. Por fim, no quinto estágio, ocorre a aceitação, a pessoa já teve tempo suficiente e ajuda para superar o acontecido, entretanto, essa fase não deve ser confundida com um estágio de felicidade, mas sim de fuga e esvanecimento

da dor (KUBBLER-ROSS, 1969).

O papel da equipe

A Equipe de Saúde da Família tem um grande potencial de acompanhamento do processo de vivência do luto pelos indivíduos, visto que apresenta um olhar longitudinal no cuidado com os pacientes, conhecimento das relações familiares da comunidade e uma atuação multidisciplinar que facilita a abordagem da situação (ONARI, 2012).

É importante que tais profissionais estejam capacitados a prestar o acolhimento adequado aos pacientes, com sensibilidade e escuta ativa, especialmente no momento de pandemia e de medidas de distanciamento em que se vive e com as especificidades que impõe. Entre essas especificidades, encontra-se a dificuldade de realização de rituais de despedida, importantíssimos para o processo de significação da perda, apoio e conforto do enlutado e também de uma morte digna para aquele que está partindo e deixando sua família e amigos, a sobreposição de lutos com a perda de mais de um ente querido em um curto espaço de tempo, além da culpa e da dor de não ter estado presente nos últimos momentos de vida dessa pessoa por conta, por exemplo, da sua hospitalização (MAIA et al., 2021).

A Equipe deve auxiliar o indivíduo que enfrenta o luto a passar pelas diferentes etapas desse trajeto, desde a reação à separação, ao reconhecimento do processo de luto, revivência de memórias, adaptação ao sentimento de saudade e readaptação da vida do indivíduo quanto ao novo contexto de quebra de vínculo e perda que está vivendo, com a retomada de seu papel na sociedade (ONARI, 2012). Também é importante que a Equipe reconheça os sinais de alerta e as fragilidades apresentadas pelos pacientes que possam indicar o desenvolvimento de um luto complicado, como pensamentos recorrentes e intrusivos acerca da pessoa que morreu, inquietação e tristeza, incluindo pensamentos ruminativos, angústia excessiva, afastamento de relacionamentos sociais prévios, ne-

gação da morte e percepção de ausência de sentido na vida (WALLACE et al., 2020).

Conclusão

Portanto, para poder identificar as famílias e indivíduos de maior vulnerabilidade ao luto e poder prestar acolhimento a essa demanda, os profissionais da saúde podem lançar mão das ferramentas já existentes na atenção básica, como a criação de Projeto Terapêutico Singular, genogramas e ecomapas, encaminhamentos dentro da Rede de Atenção Psicossocial de acordo com a necessidade e reuniões de equipe para discussão dos casos mais graves (ONARI, 2012). Também se faz necessário, visto a situação ainda vigente de restrições quanto a circulação de pessoas, adotar medidas alternativas para o acompanhamento e suporte desses usuários, a exemplo de contato telefônico, videochamadas, grupos de apoio online, distribuição de materiais informativos sobre o processo do luto, auxiliar na realização de atividades remotas de despedida, homenagens virtuais, estimular o fortalecimento de redes de suporte religiosas e/ou espirituais dos enlutados, entre outros (MAIA et al., 2021).

Diante do exposto, torna-se evidente o grande papel que a atenção básica deve desempenhar na oferta de atendimento humanizado frente à saúde mental na pandemia e ao luto pela perda de entes queridos para a COVID-19. Na minha visão, essa é a peça chave para que possamos enfrentar esse momento de incertezas, perdas e fragilidades da melhor maneira possível, de forma que no futuro sejamos capazes de ressignificar as experiências vividas, reconhecermos a importância da saúde pública, da atenção primária à saúde e do SUS nas nossas vidas e principalmente, fortalecermos amplamente a sua atuação na melhoria da qualidade de vida da população.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2019. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p.:il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Humaniza-SUS: Política Nacional de Humanização - PNH*. Brasília, 16 p., 2013.

CREPALDI, M. A.; SCHMIDT, B.; NOAL, D. da S.; BOLZE, S. D. A.; GABARRA, L. M. *Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas*. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 37, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>>.

FIOCRUZ. *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19*/organizado por Débora da Silva Noal, Maria Fabiana Damasio Passos e Carlos Machado de Freitas. - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342 p.

MAIA, B. B.; CAMPOS, B. R. R.; FERREIRA, F. N.; MATA, G. S. da; ALMEIDA, J. M.; SILVA, J. P. O.; CONDINI, L. P.; SANTOS, M. P. C. dos; CORREA, M. R.; RODRIGUES, R. P.; PRESTES, T. C. *E os que ficam? Cartilha de orientações sobre o luto decorrente da morte de um ente querido no contexto da covid-19*. Araraquara, SP: Padu Aragon, Editor: 2021. 28p.

MICHEL, L. H. F.; FREITAS, J. de L. *A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian*. Psicologia USP, v. 30, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6564e180185>>.

NABUCO, G.; PIRES DE OLIVEIRA, M. H. P.; AFONSO, M. P. D. *O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, n. 42, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532)

ONARI, P. *O luto na Estratégia Saúde da Família. Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)*. 2012. Disponível em: https://unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/5/unidades_casos_complexos/unidade13/unidade13_ft_luto.pdf.

Painel de casos de doença pelo coronavirus 2019 (Covid-19) no Brasil. Portal Brasil, Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

PARKES, C. M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial, 1998. 291 p.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS BEDETTI, A.; JOI DE ABREU, A. B.; COSTA, A. C.; PERDIGÃO, R. M. da C.; FERREIRA, T. P. *Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária*. Journal of Management & Primary Health Care (JMPHC), v. 12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1006>.

WALLACE, C. L.; WLADKOWSKI, S. P.; GIBSON, A.; WHITE, P. *Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers*. Journal of Pain and Symptom Management, v. 60, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>

WERLE, M. A. *A angústia, o nada e a morte em Heidegger*. Trans/Form/Ação, v. 26, n. 1, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0101-31732003000100004>

WHO. TIMELINE: WHO'S COVID-19 RESPONSE. *World Health Organization*, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline/>.

ZHU, N.; ZHANG, D.; WANG, W.; LI, X.; YANG, B.; SONG, J.; ZHAO, X.; HUANG, B.; SHI, W.; LU, R.; NIU, P.; ZHAN, F.; MA, X.; WANG, D.; XU, W.; WU, G.; GAO, G. F.; TAN, W. *A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China*, 2019. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa2001017>

VI - Realidade da clínica ampliada

CAPÍTULO 1

Desafios da clínica ampliada na atenção primária em saúde

Lucas Marins Benedeti¹
Luciana Coimbra de Mello²

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Clínica Ampliada; Humanização

Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 com o intuito de melhorar a atenção e a gestão da saúde pública no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de objetivos, princípios, métodos e diretrizes. Estes, quando colocados em prática, possuem a capacidade de melhorar a maneira de se fazer e gerir saúde ao proporcionar um cuidado mais humanizado (BRASIL, 2015).

Essa política, já presente e inserida nos planejamentos e práticas de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), consome o SUS que dá certo. Para isso, a PNH guia-se através de valores que promovem a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004). Em resumo, ela conta com a comunicação dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores para que juntos possam proporcionar o melhor ambiente e o melhor acolhimento aos usuários desse sistema de saúde (BRASIL, 2015).

O objetivo deste capítulo é explicar o conceito de clínica ampliada, como fazê-la, discorrer sobre seus benefícios, métodos de implementação e dificuldades de colocá-la em prática na APS.

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

Discussão

A clínica ampliada é uma diretriz da PNH caracterizada por um conjunto de práticas adotadas pelos profissionais de saúde e em seus locais de trabalho embasadas e direcionadas ao processo de capacitar pessoas a ajudar pessoas, e não somente tratar doentes e doenças (UFSC, 2012).

É uma ferramenta de se fazer saúde humanizada através da mobilização de ações, saberes e pessoas em torno de um processo biopsicossocial integrativo, multidisciplinar e multiprofissional, que valoriza o indivíduo e a complexidade do processo saúde-doença (CAMPOS et al., 2014).

É a projeção de um olhar abrangente sobre o usuário que busca o sistema de saúde como um todo e de forma singular, analisando tanto as queixas principais que o levaram a procurar atendimento, quanto às experiências nas áreas social, econômica, cultural, psíquica e o ambiente ao redor, para cada indivíduo (CAMPOS et al., 2014) (CAMPOS; AMARAL, 2007).

É uma ampliação para a visibilidade do que vai além da doença, assumindo um compromisso ético com a singularidade do doente e uma responsabilidade sobre todos os usuários do sistema de saúde de forma integral e intersetorial que excede os limites objetivos do processo diagnóstico-tratamento. É importante lembrar que essa ampliação do limite objetivo para um processo mais subjetivo ocorre de forma dinâmica e não excludente, ou seja, determinados pelas condições momentâneas de cada paciente (existem situações que pedem uma abordagem mais objetiva, a exemplo dos casos emergenciais) (CUNHA, 2005; SUNDFELD, 2010).

Eixos fundamentais:

O modelo da clínica ampliada engloba alguns eixos fundamentais necessários para favorecer seu desenvolvimento. São eles:

- Compreensão ampliada do processo saúde-doença, ou seja, analisar as diferentes faces de um mesmo prisma;
- Construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas, tanto no sentido das equipes de saúde quanto para com os usuários;
- Ampliação do “objeto de trabalho”, ou seja, a desfragmentação do processo de atenção e cuidado;
- A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, ou seja, uma organização com habilidades relacionais humanizadas e com métodos e mecanismos que possibilitem uma comunicação transversal intraequipes e interequipes de forma efetiva;
- Suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Como fazer?

A clínica ampliada é um modelo de atenção que valoriza o acolhimento, o processo de escuta e a criação e manutenção de um vínculo afetivo com a comunidade. Busca compreender o que está em torno da pessoa e analisar, em conjunto com o paciente e outros profissionais, as hipóteses diagnósticas, condutas e curso de tratamento mais adequado para cada paciente (BRASIL, 2015).

Para isso, precisamos entender melhor o indivíduo como um todo nas esferas biológica, psicológica e social, acolhendo e compreendendo seus sentimentos sobre a doença ou alteração do estado de saúde. É necessário também entender o conhecimento do usuário sobre a afecção, seus sintomas, causas e investigar os possíveis gatilhos para a ocorrência de determinada situação. Isso ajuda o próprio usuário a descobrir os motivos de seu adoecimento, compreendendo seu significado e responsabilizando-se pela produção da sua própria saúde, o que corrobora para a prescrição de uma conduta de orientação-tratamento mais eficaz dentro da realidade do mesmo (BVSMS, 2010).

Quem é responsável por realizar a clínica ampliada na Atenção Primária à Saúde?

A clínica ampliada é realizada pelos profissionais da eSF (equipe de Saúde da Família) e do Nasf – AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica). Eles focalizam o sujeito, sua família, a doença e o contexto social como prioridade de sua atenção com o objetivo de produzir saúde, promovendo a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na resolução de seus problemas. Para conseguir isso, opera-se com a integração da equipe multiprofissional, da adscrição dos usuários e da construção e manutenção do vínculo profissional-usuário na elaboração de cada projeto de cuidado (BRASIL, 2015).

Quais são os desafios da implementação da clínica ampliada?

Percebemos, cada vez mais, que a saúde sofreu um processo de capitalização “Quanto mais saúde, melhor”, e esta ideia está erroneamente intrínseca na população brasileira que toma essa frase como ideologia traduzida, muitas vezes, nos achismos de que toda e qualquer intervenção médica é necessária e válida. Esse processo acaba sendo representado na constante busca por exames e medicações por parte dos usuários do sistema de saúde como forma de obterem um melhor tratamento. Há, inclusive, dúvida por parte de alguns usuários a respeito da capacidade da equipe ao buscar outras ferramentas de tratamento, como, por exemplo, a escuta e o processo de reflexão sobre as diversas áreas da vida do paciente como forma de ajudar a entender sua busca pelo serviço de saúde (BRASIL, 2009).

O principal desafio da clínica ampliada é fazer valer esse novo modelo de se fazer saúde em detrimento dos moldes anteriores, através da quebra de vários paradigmas e de mudança comportamental, tanto por parte dos funcionários quanto dos usuários.

Engloba desde a mudança estrutural, quando necessária, até a

mudança na forma de trabalhar de todos os integrantes da APS, adequando e promovendo um tratamento mais humanizado, com foco principalmente na escuta e no acolhimento. Isso permite um ganho de confiança usuário-equipe que proporciona uma maior obtenção de resultados realmente efetivos, uma vez que, utilizando de sua autonomia, o usuário tem participação conjunta sobre as condutas a serem tomadas com base na sua realidade e a dinâmica social a que está inserido.

Outro desafio está no processo de ensinar o paciente a viver da melhor forma possível, mesmo quando acometido por alguma doença, mostrando que a vida é muito mais abrangente e não gira em torno de um processo de adoecimento, fazendo com que o usuário possa aproveitar a vida ao invés de somente lamentar o acometimento (BRASIL, 2009).

Conclusão

A clínica ampliada vem como forma de desconstruir o modelo biomédico mantido por muito tempo, ao propor um tratamento que vá além das questões fisiopatológicas e se preocupe com as questões sociais, econômicas, culturais, psíquicas e ambientais singulares a cada indivíduo de forma holística.

Embora seja uma ferramenta teórico-prática que necessite de um treinamento e engajamento da equipe nos princípios de acolhimento e escuta da Política Nacional de Humanização, fica claro que sua implementação é benéfica à saúde de todos que adentram ao sistema de saúde primário.

É nítido, através do SUS que dá certo, que cada vez mais, a valorização de fatores subjetivos proporciona a promoção de melhores alternativas aos problemas do modelo de tratar doentes e doenças, e é nesse sentido, que a clínica ampliada pode diferir do processo objetivo diagnóstico-tratamento, ao possibilitar uma visão ampliada sobre o próprio processo saúde-doença e humanizar a situação do paciente propondo uma alternativa aos obstáculos impostos pela doença.

Sua prática cotidiana prova que o desenvolvimento contínuo de metodologias humanizadas proporciona um melhor atendimento e um melhor ambiente, tanto para os funcionários quanto para os usuários da APS, e o resultado dessa prática deve ser credibilizada às equipes de saúde, que abraçam sua causa e realmente viabilizam sua teoria.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde*, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 20 p., 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Clínica ampliada e compartilhada/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 64 p., 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>.

BRASIL. *Política Nacional de Humanização PNH: Humaniza SUS*. 1ª Ed. 1ª Reimpressão. Brasília – DF, 2013. 16 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>.

BVSMS. *Clínica Ampliada*. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html>.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; JÚNIOR, N. P.; CASTRO, C. P. de. *A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online], v. 18, suppl 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>>.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. *A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 849-859, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MR-mgppvw6zwwQ865pBS/abstract/?lang=pt>>.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005. 206p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Centro de Ciências da Saúde. *Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Clínica ampliada* [Recurso eletrônico]/Universidade Federal de Santa Catarina; Carmem Regina Delziovo; Lucas Alexandre Pedebôs; Rodrigo Otávio Moretti-Pires. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 42 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

SUNDFELD, A. C. *Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/rdjTTCjbFdzqpWT3bYxjkbP/?lang=pt>>.

VII - Gestão participativa e cogestão

CAPÍTULO 1

Os benefícios da intersetorialidade no cuidado do paciente na atenção primária à saúde

Damaris Rodrigues da Conceição¹
Luciana Coimbra de Mello²

Palavras-chave: Intersectorialidade; Determinantes Sociais de Saúde; Atenção Primária à Saúde

Introdução

Este artigo visa compreender como a intersectorialidade pode contribuir, por meio de articulações com o Sistema Único de Saúde (SUS), para a melhoria das iniquidades que afetam a sociedade brasileira, principalmente em suas parcelas com maior vulnerabilidade econômica. Ela está presente na Atenção Primária à Saúde (APS), e a sua adequada funcionalidade e manutenção podem contribuir para que iniquidades sociais sejam reduzidas através da integração dos seus componentes. Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu o sentido de intersectorialidade como “coordenação entre setores” (FERREIRA & SILVA, 2005), e posteriormente foi definida como “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997). Todas essas definições convergem para o sentido de que ocorra um trabalho conjunto dos órgãos responsáveis pela saúde e pela população para que exista o uso dessa ferramenta como instrumento a fim de reduzir fatores negativos que influenciam nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

A cooperação entre os setores tem sido aceita como um dos prin-

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

cípios da estratégia de saúde para alcançar suas metas. Os DSS, são relacionados ao cotidiano das pessoas, como os fatores do meio em que vivem influenciam na saúde. Também podem ser considerados os aspectos correlacionados a fatores de risco para a população como: “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais” (BUSS; PELLEGRINI, 2007). Eles influenciam diretamente nas condições relacionadas à inequidade social e por isso comissões foram criadas para realizar estratégias em diversos setores da saúde para que resultados efetivos fossem alcançados.

Assim como na Lei 8.080/90 está garantido o direito à saúde para todos os cidadãos, as Políticas Públicas objetivam colocar em prática esses direitos. São princípios da Lei: “universalidade (a saúde é garantida a todos, sendo parte da cidadania e é dever do estado), integralidade (o ser humano não é fragmentado, devendo ser visto como um todo e tem direito a diversas ações como promoção, prevenção, recuperação, assistência, reabilitação e alívio, que precisam estar articuladas) e equidade (receber atenções de acordo com as peculiaridades e necessidades)” (BRASIL, 1990a). Com isso sabe-se que a intersetorialidade como instrumento para a concretização das políticas sociais e para a multidimensionalidade das ações para promoção da saúde é inestimável.

Objetiva-se que haja o entendimento da importância do papel de intersetorialidade na interface com o setor da saúde, possibilitando reflexão dos profissionais envolvidos na atenção à saúde e gestão do SUS. Ainda também, o entendimento de como a APS é uma peça fundamental para a realização da estratégia de integralidade, garantindo acesso à população (porta de entrada do SUS), incluindo a comunidade na gestão da saúde (BRASIL, 1990b).

Discussão

Atualmente, a intersetorialidade ocupa cada vez mais espaço no cuidado ao paciente na APS, isso porque se entende que o ser humano

tem a necessidade de ser tratado como um ser complexo e multifatorial, seguindo o princípio da integralidade. Assim, dentre as estratégias de fomento à intersectorialidade, a formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010) é de fundamental importância para atender as necessidades da população. Ademais, pode oportunizar o entendimento e melhoria dos DSS.

De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são: “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) (FIGURA 1). Essas estratificações visam componentes que podem sofrer intervenções sobre todos os níveis de DSS, com o propósito de reduzir as iniquidades relacionadas ao contraste entre as camadas da sociedade, além de proporcionarem uma atuação coordenada intersectorial explorando as contribuições que a gestão e as políticas públicas podem oferecer para amparar as situações que estão em maior vulnerabilidade, juntamente com a população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 1: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren & Whitehead



Fonte: DAHLGREN & WHITEHEAD ¹(1991, apud MENDES, 2011)

¹DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. – Policies and strategies to promote social equity in health. Stoccolm, Institute for Future Studies, 1991.

Características individuais e comportamentos sociais

Algumas doenças estão intimamente relacionadas a fatores individuais, sendo que alguns deles são mutáveis. Os que são independentes da vontade do ser como a idade, genética, etnia contribuem para o favorecimento de patologias em determinados grupos, sendo que esses devem ser analisados e acompanhados podendo assim ser amenizados, mas não excluídos. Porém, existem variáveis sociais, ambientais e de estilo de vida, que afetam de modo negativo a saúde, os quais podem ser controlados por meio de mudanças de hábitos e planejamento coletivo através da intersetorialidade. Ademais, escolhas individuais também afetam o futuro não só por questões sustentáveis e sociais, mas também por gerarem interferências no DNA por meio da epigenética, que podem influenciar nos fatores de risco relacionados a próximas gerações (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para que esses coeficientes sejam passíveis de modificações, atuações que corroborem com melhores hábitos de vida são necessárias, ações educativas, sejam elas informativas por meio de melhor comunicação ou de modo a facilitar o acesso a cenários que possibilitem que as pessoas tenham práticas saudáveis como: incentivo a realização de exercícios físicos e esportes, programas que viabilizem acesso a alimentos saudáveis, além de formulação de leis que proíbam a banalização de drogas lícitas por meio de comerciais e propagandas.

Condições de vida e de trabalho

A intersetorialidade é necessária, pois políticas de vários setores precisam atuar juntamente para que a o indivíduo seja atingido em sua totalidade alcançando assim o que é proposto como saúde pela OMS que engloba a plenitude física, mental e do meio em que a pessoa vive e não somente estar sem uma doença (SILVA et al., 2019). Assim sendo, áreas como a da educação, produção agrícola, ambiente de trabalho, meios de convívio populacional necessitam ser envolvidas de maneira integrada,

já que essas geralmente são independentes e de setores distintos, dificultando o amplo aproveitamento social que podem oferecer (GIOVANELA et al., 2009).

Essa visão ampliada faz com que haja corresponsabilidades no contexto saúde-doença, não sobrecarregando um setor específico (DIAS et al., 2014), já que assim, o indivíduo pode ser abrangido em cada parcela da qual é composto e em todos os fatores epigenéticos que ele pode ser exposto.

É necessário compreender que a intersectorialidade como instrumento não é um método que acontece de modo inato, sendo assim, essa pode gerar resistência por meio daqueles que não estão habituados a lidar com esse princípio, necessitando de mudanças organizacionais. Também são de fundamental importância as Políticas Públicas envolvidas e as entidades que as organizam para promover condições de saúde adequadas. Para a realização dessa interação, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), isso porque, ela prevê que a promoção da saúde se realize na “articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores”, desse modo, a saúde do indivíduo é contemplada como um todo, desfragmentando a sua abordagem (BRASIL, 2006). A Portaria nº 2.446/2014 apresentou como valores fundantes para sua efetivação: “solidariedade, felicidade, respeito às diversidades, ética, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social”. As políticas devem ser implantadas em todo o território nacional para que ocorra resultado e não gerar contrariedades, proporcionado todos esses valores para atingir a plenitude do ser humano (BRASIL, 2014).

Macro-determinantes

A Lei nº 8.080/90 divide a gestão nos níveis Federal, Estadual e Municipal. Estes devem estar em harmonia para que os serviços oferecidos sejam de qualidade e eficiência (BRASIL, 1990a). Os três níveis

devem também comunicar-se com a população para conter as iniquidades que uma sociedade com DSS não contemplados em políticas e planejamentos podem ter. Dessa forma, a ação intersectorial se efetiva nas ações articuladas e coletivas e para o seu desenvolvimento, construindo caminhos para que as iniquidades sociais diminuam. Os macrodeterminantes são DSS que estão intrínsecos em uma sociedade e de uma maneira indireta direcionam como ela pode lidar com o acesso a uma vida saudável. Eles podem ser condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Tanto a população quanto os diferentes setores do governo devem trabalhar em conjunto, realizando políticas e planejamentos para gerir problemas ambientais, sociais, problemáticas públicas (como a violência e marginalização das minorias) e econômicos, amenizando desigualdades sociais, (SOUZA et al., 2020). Já que, essas questões influenciam para que uma pessoa tenha acesso a uma vida saudável e a meios que promovam seu bem-estar, a suas resoluções culminariam na redução de vulnerabilidades sociais.

Redes comunitárias e de apoio

A contribuição da sociedade é de fundamental importância para que a promoção de saúde tenha bons resultados, pois os usuários precisam estar incluídos e relacionados com os projetos da área em que habitam para que assim tenham preservados e possam fazer parte dos seus direitos. É garantida por lei, segundo a Constituição de 1988, a participação da população civil na gestão do SUS (BRASIL, 1988). A correção de iniquidades sociais também é garantida por essa, apresentando que os direitos sociais à saúde são fundamentais para promover dignidade e justiça. Mas para que isso ocorra é necessária a participação ativa da população que deve interagir com a estratégia de saúde e com os profissionais de saúde, com o intuito de que haja um relacionamento com reciprocidade entre APS, estratégia de saúde e a população (PRADO; SANTOS, 2018). A comunicação entre esses é de fundamental importância

para a evolução do sistema e sem a sociedade não é possível definir as iniquidades mais presentes e que precisam de maior atenção em determinada, tendo impacto em DSS específicos, permitindo o planejamento intersetorial (CARMO; GUIZARDI, 2017). Ademais, a coesão social e a solidariedade são fundamentais na questão de saúde individual e coletiva. Nesse fator, são estabelecidas as redes de apoio proporcionadas por políticas públicas, formando vínculos que colaboram para inclusão de grupos considerados vulneráveis (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Também é fundamental compreender que o cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de vínculo afetivo são importantes para contemplar as necessidades dos indivíduos, principalmente quando interagem com a Estratégia de Saúde da Família (DIAS et al., 2014).

Conclusão

Ao analisar-se a população adstrita de cada território é possível notar como as condições relacionadas aos DSS estão amplamente conectadas com as situações de saúde em que vivem. Também se observa como ainda, nos dias atuais, existe precariedade e disparidades ao se comparar lugares próximos de uma mesma cidade ou região e como isso afeta nos índices locais. Por esse motivo, nas áreas em que há uma vulnerabilidade da população, na qual existem sistema de esgoto e água sem tratamento, baixa escolaridade, taxas elevadas de evasão escolar, muitas vezes, há também uma maior prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), gravidez na adolescência, uso de drogas, e má adesão aos tratamentos de doenças crônicas, transmissíveis ou não transmissíveis.

Outrora, durante a graduação e os estágios feitos em diversos ambientes é notória a percepção de como as políticas públicas se bem implantadas, principalmente na APS, fazem diferença na saúde e vida da população e como a falta de interesse ou de informação pode afetar no

bom funcionamento do sistema. Muitas vezes, a dificuldade de acesso as UBSs ocorre por falta de locomoção, ou de rede de apoio (familiar ou social) para cuidar dos filhos e o trabalho mostrando assim, como a iniquidade social pode afetar até mesmo serviços de atendimento que já estão adequados.

Esses fatos ocorrem já que essa parcela da sociedade, muitas vezes, não tem acesso a condições básicas de saúde. Desse modo percebe-se com essa revisão que é ainda mais importante o entendimento de como a APS é essencial para o aprimoramento dessa questão que ainda apresenta falhas no sistema atual. A APS como porta de entrada, pode facilitar a inclusão de todas as parcelas (profissionais de saúde, gestores e sociedade) para que haja um trabalho em conjunto desses, utilizando como ferramenta a intersetorialidade buscando diminuir as iniquidades sociais (SILVA; TAVARES, 2016).

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, art nº 198. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: ²³<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10653794/artigo-198-da-constituicao-federal-de-1988>. Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990a. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo I*. 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. *Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Diário Oficial da União. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 09 set. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. *A saúde e seus determinantes sociais*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZs-bpKYXxNKhm/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 09 set. 2021.

CARMO, M. E. D.; GUIZARDI, F. L. *Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, p. 1265-1286, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/wcqNQQKzjKH7jM4hyR-DCYVc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 09 set. 2021.

DIAS, M. S. D. A.; DIAS, M. S. de A.; PARENTE, J. R. F.; VASCONCELOS, M. I. O.; DIAS, F. A. C. *Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?* Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 4371-4382, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/crwbjGhzHJ3vvRN3R-DYchRB/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 09 set. 2021.

FERREIRA, V. S. C; SILVA, L. M. V. *Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso*. In Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 2005. p. 103-150. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/xzdnf>>. Acesso em: 09 set. 2021.

GIOVANELA, L.; TEIXEIRA, C. P. *Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLjsqcLYxFDf8Y6ktM4Gs3G/?lang=pt>>. Acesso em: 09 set. 2021.

JUNQUEIRA, L. A. P; INOJOSA, R. M. *Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária*. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

PRADO, N. M. D. B. L.; SANTOS, A. M. D. *Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais*. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 379-395, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SCVGB8QDgCysbMhbjYPdzP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 09 set. 2021.

SILVA, D. A. J. D.; TAVARES, M. D. F. L. *Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro*. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 193-205, 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RDFntJXH5zB7ZzJRZtJzCPg/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 09 set. 2021.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; Mota, A. *O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições através da crítica social e histórica da produção científica*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290102, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/physis/a/7jH6HgCBkrmFm7RdwkNRHfm/?lang=pt>>. Acesso em: 09 set. 2021.

SOUZA, L. B. D.; ARCÊNCIO, R. A.; CÂNDIDO, F. C. de A.; CAMPOY, L. T.; Cartagena-Ramos, D. A.; FIORATI, R. C. *As iniquidades sociais da Atenção Primária à Saúde e a intersectorialidade: um estudo descritivo*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/knzXfPLFx69ktjyJHXgZ6mQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 set. 2021.

VIII - Monitoramento e avaliação de políticas públicas

CAPÍTULO 1

Violência obstétrica, realidade no Brasil

Rayanni de Medeiros Garcia¹

Lucila Bistaffa de Paula²

Palavras-chave: Medicina, Violência Obstétrica, Epidemiologia

Introdução

O objetivo deste capítulo é discorrer sobre a complexidade da vida materna e analisar quando os direitos sexuais e reprodutivos são negados ou suprimidos por atos violentos explícitos ou mascarados. Além disso, para tal análise, é imperativo dizer sobre história do parto, sua evolução, e os reflexos sobre a vida da mulher. De modo a deixar claro os direitos e deveres, promovendo assim, um acolhimento e identificação através de um olhar feminino.

A definição de violência obstétrica segundo a Fundação Perseu Abramo, e Sesc, Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, 2010, diz:

Entende-se por violência obstétrica toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia. Este conceito engloba todos os prestadores de serviço de saúde, não apenas os médicos.

É necessário entender sobre os processos evolutivos que transformaram o ato de “parir” em “dar à luz”, em capital a ser explorado. A evolução do parto ao longo dos tempos transformou a mulher, que antes era um sujeito autônomo e participante do ato de parir, para um sujei-

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

to passivo e de pouca participação (VENDRUSCOLO et al., 2015). Pois, ela saiu de uma posição em que cooperava em seu próprio parto e tinha uma íntima relação com o filho, para uma posição quase ou totalmente indefesa e submissa, por meio de processos, por vezes, desnecessários e arriscados, como: anestésias, cesáreas sem recomendação maior e procedimentos invasivos que causam imenso desconforto e dor.

Emergiu então uma complexa rede de partos que não objetivavam mais o parto natural e humanizado, mas sim uma comercialização da saúde, visando lucros por meios de cesáreas e internações. Criou-se, portanto, um ciclo de profissionais negligentes e que coagiam suas pacientes através da promoção do medo e de ameaças. Criando assim, um ambiente hostil e provedor de traumas físicos e psicológicos (VENDRUSCOLO et al., 2015).

História do parto e seus desenvolvimentos

No passado, os partos e seus cuidados subsequentes eram realizados por mulheres da comunidade, essas que, eram conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou parteiras-leigas. Tais mulheres detinham um saber empírico, ou seja, um aprendizado que era incorporado e repassado ao longo de gerações, através de experiências compartilhadas (BRENES, 1991).

Diante a isso, a partir da consolidação do parto hospitalar, a medicalização desse evento resultou na perda do protagonismo e poder de escolha da mulher, deixando que, esse evento natural e vital, fosse marcado pelo uso inapropriado de práticas invasivas e, muitas vezes, desnecessárias. Com estes fatos, “A figura masculina surge na história do parto com a introdução da obstetrícia como ciência, trazendo consigo a implantação do parto horizontal e da episiotomia” (GOMES et al., 2018).

Discussão

As políticas no Brasil

Diante da necessidade de garantir um melhor acompanhamento à saúde feminina e proporcionar um olhar contínuo e eficaz, foi criado em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação.

Os últimos anos também marcaram a implantação de políticas de saúde femininas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde. No mesmo ano, foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Em 2005, foi implantada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e, no ano seguinte, foi instituída a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. Em 2007, surgiram a Política Nacional de Planejamento Familiar e o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e, em 2008, foi lançada a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias em parceria com a Agência Nacional de Saúde (ANS) (RODRIGUES, 2016).

Evoluindo nesse contexto, e em vista de um quadro alarmante sobre violência obstétrica no país, é necessário abordar sobre um momento crucial na vida de uma mulher; o parto. Esse que é de extrema importância para a mulher, algo que será lembrado por toda a vida. Porém, para um número muito grande de mulheres, estas lembranças não são as que elas gostariam de ter. De acordo com uma ampla pesquisa, desenvolvida pela Fundação Perseu Abramo e pelo Sesc, aproximadamente uma em quatro mulheres no Brasil sofreu com algum tipo de violência durante o parto.

O cenário de violência obstétrica é tão naturalizado, que mulheres retratam como “sorte” quando recebem um atendimento adequado no plantão obstétrico, e atribuem o atendimento ruim à “falta de sorte”.

Isso demonstra a percepção de que o bom atendimento é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto (SILVA et al., 2018).

“Mulheres com menor escolaridade não consideram ter sido desrespeitadas. Para elas, que se baseiam no que ouviram da experiência de amigas e parentas próximas, o parto em hospital é assim mesmo. Vai doer; vão gritar com ela. Há até a percepção de algo negativo, mas por ser visto com naturalidade não é entendido como maus-tratos”.

Gustavo Venturi, em entrevista para Revista do Brasil, “As outras dores do parto”, publicado em 13 de março de 2012.

Aprofundando-se neste cenário e a fim de elucidar sobre os atos de violência e suas consequências, é imperativo entender e reconhecer quando a gestante tem sua dignidade desrespeitada. Segundo o artigo de 2019, *Violência Obstétrica: Um olhar jurídico desta problemática no Brasil*, são descritos alguns atos de violência obstétrica, tais como: medidas que impeçam a mulher de ser acompanhada por alguém de sua preferência ou familiar, tratar uma mulher em trabalho de parto de forma agressiva, não empática, grosseira, ou de qualquer forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido. Submeter a mulher a procedimentos dolorosos desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas. Fazer graça ou recriminar por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação, etc. Assim também como, recriminar gritos e choro.

Além do mais, dar broncas, ameaçar, chantagear ou cometer assédio moral por qualquer decisão da mulher ou do casal, quando essa for contra as crenças, fé ou valores morais da equipe. Fazer procedimentos sem explicar antes o que é, por que está sendo oferecido e acima de tudo, sem pedir permissão. Submeter a mulher a mais de um exame de toque (ainda assim quando estritamente necessário), especialmente por mais

de um profissional, e sem o consentimento, mesmo que para ensino e treinamento de alunos. Dar hormônios para tornar mais rápido e intenso um trabalho de parto que está evoluindo normalmente.

Também é violência a realização de episiotomia (corte na vagina) quando não há necessidade comprovada. Dar um ponto na sutura final da vagina de forma a deixá-la menor e mais apertada para aumentar o prazer do cônjuge (“ponto do marido”). Submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes e residentes. Fazer uma mulher acreditar que precisa de uma cesariana quando ela não precisa, sem a devida explicação dos riscos que ela e seu bebê estão correndo (complicação da cesárea, da gravidez subsequente, risco de prematuridade do bebê, complicações a médio e longo prazo para mãe e bebê).

Outrossim, submeter bebês saudáveis a aspiração de rotina, injeções e procedimentos na primeira hora de vida, antes que tenham sido colocados em contato pele a pele e de terem tido a chance de mamar. Separar bebês saudáveis de suas mães sem necessidade clínica. Manter algemadas as detentas em trabalho de parto e recusar atendimento de parto, considerando que esse é uma emergência médica..

Em casos de abortamento **A violação dos direitos reprodutivos**

Outra vertente da violência obstétrica pode ocorrer com aquelas sofreram um aborto, espontâneo ou induzido. Isso pode acontecer de várias maneiras, como em casos de recusa ou demora no atendimento, acusações, procedimentos invasivos e dolorosos sem explicação, consentimento ou anestesia. Há ainda, a ocorrência de humilhações e denúncia da mulher. Todos os casos descritos anteriormente podem influenciar no desenvolvimento de depressão, ansiedade ou outros transtornos psicológicos, no não desejo de uma próxima gestação, e, até mesmo, na dificuldade do exercício da vida sexual da mulher (HAMERMÜLLER; UCHÔA,

2018).

Em 2017, durante o 10º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, o obstetra Jefferson Drezzalet expôs como o aborto legal também é tratado, subjetivamente e institucionalmente, quase como um crime.

Há escassez em unidades de saúde que realizam o procedimento, e grande parte exige boletim de ocorrência (B.O), laudos do Instituto Médico Legal ou alvará judicial que comprovem a violência. Tais empecilhos acabam por distanciar as mulheres dos serviços de saúde, tornando-as mais vulneráveis (ABRASCO, 2021).

Programa de humanização do parto:

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº. 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto.

O parto humanizado tem por objetivo criar um ambiente agradável e acolhedor que promova bem-estar para a mãe e a criança, visando assim, diminuir as sequelas físicas e psicológicas deixadas por profissionais mal preparados que não respeitam o momento do nascimento. Em um parto humanizado, são realizadas **poucas ou nenhuma intervenções médicas**, e estas só acontecem com a permissão da mãe. Desde que recomendada, a cesariana também pode ser humanizada, através da presença do acompanhante, o respeito das escolhas da mãe e a promoção do encontro da mãe e o bebê assim que ocorre o nascimento (BRASIL, 2002).

Acolhimento

O acolhimento é o aspecto primordial da política de humanização, baseia-se na recepção da mulher, responsabilizando-se por ela, ouvindo-a e permitindo que ela expresse suas preocupações e angústias. Garantindo, assim, uma atenção resolutiva e articulada com os outros serviços

de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente (BRASIL, 2005).

O ato de acolher e garantir o bem-estar da gestante é facilitado pela participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as consultas e atividades em grupo. É importante acolher o (a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto. Diversos estudos científicos, nacionais e internacionais, evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Foram reduzidos o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Além disso, alguns estudos sugerem a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto (BRASIL, 2005).

As cesarianas em foco

Há uma preocupação de todo o sistema de saúde do País quanto ao elevado número de operações cesarianas sem a indicação adequada. O Brasil é o segundo país com a maior taxa de cesáreas do mundo, ultrapassando 55% dos partos e perdendo apenas para República Dominicana. Este dado contraria a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que preconiza uma taxa de 10-15% de cesarianas (KNOBEL et al., 2020). Tais dados demonstram a naturalização do procedimento cirúrgico, sem levar em conta os muitos riscos. Assim, mesmo sabendo que a cesariana pode ser um recurso que salva vidas quando necessária, caso seja feita sem a indicação adequada, pode expor mães e bebês a riscos maiores do que no parto normal.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), há evi-

dências científicas de que bebês nascidos de cesarianas, quando não há indicação clínica, são internados em UTI neonatal com mais frequência. Isso porque, se o parto for realizado antes das 39 semanas de gestação, o nascimento pode ocorrer sem a completa maturação pulmonar do bebê, além de o trabalho de parto também completar o ciclo de amadurecimento do bebê. Quando não tem indicação clínica, a cesariana aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe (BITTENCOURT, 2014).

Dentre os aspectos positivos relacionados ao parto normal, podem-se elencar alguns exemplos, a começar por colocar o bebê em contato com bactérias naturalmente presentes no canal vaginal da mulher, fortalecendo assim, o sistema imunológico do recém-nascido. Além disso, há também, a liberação de hormônios naturalmente atuantes durante o trabalho de parto, que favorecem o vínculo entre mãe e bebê. Ademais, promove o aleitamento materno precoce e a recuperação pós-parto (GOMES et al., 2018).

A denuncia

Apesar de ser perceptível a alta taxa de violência obstétrica no país, ainda não existe uma legislação nacional específica para punir os profissionais que praticam a violência. No entanto, alguns estados possuem legislações próprias contra a violência obstétrica. A mulher também pode fazer uma denúncia à defensoria pública tendo como apoio legislações como: A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Constituição Federal (1988); Convenção de Belém do Pará (1994); Atenção ao parto e nascimento da OMS (1985/1996); Ministério da Saúde: Política de Humanização Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (2005) Rede Cegonha (2011); dentre outras.

Segundo a Organização mundial da saúde (OMS), dentre os mecanismos oportunos para mitigar os casos de violência obstétrica, são elu-

cidados os seguintes: maior apoio governamental às pesquisas e ações contra o desrespeito e os maus tratos às gestantes e parturientes; a criação e otimização de programas para melhoria da qualidade dos cuidados de saúde materna; e a maior ênfase nos direitos das mulheres. Todos os processos, elencados anteriormente, possuem princípios norteadores da Política de Humanização do SUS.

Conclusão

A partir das elucidações expostas ao longo deste capítulo, nota-se que, a violência direcionada à mulher na hora do parto e pós-parto é advinda de um desrespeito às escolhas maternas, como também à propagação de técnicas médicas inapropriadas ou ultrapassadas no momento de garantir o melhor para a paciente, a família e o bebê. Atrelado a isso, existe também um despreparo dos serviços públicos em informar e garantir que as mulheres sejam acolhidas no momento mais íntimo e especial de sua vida. Além do mais, torna-se evidente o despreparo de profissionais da saúde em proporcionar um parto seguro e humano e o desrespeito às políticas norteadoras do SUS. Por fim, há a falta de conhecimento de muitas mulheres e seus familiares quanto aos direitos assegurados pelos órgãos públicos e a Constituição Brasileira. Fatos são esses que, inviabilizam as denúncias e corroboram para perpetuar a violação dos direitos maternos.

Referências

ABRASCO. *Epidemia invisível: qual o papel do SUS frente à violência contra as mulheres?*. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/epidemia-invisivel-qual-o-papel-do-sus-no-combate-a-violencia-contras-as-mulheres/45504/>>. Acesso em: 26 out. 2021.

BITTENCOURT, C. UNA-SUS. *Ministério da Saúde e ANS criam normas para reduzir cesarianas*. 2014. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-e-ans-criam-normas-para-reduzir-cesarianas>>. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento*. 2002. Disponível em: < <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL, M. da S. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 1o Edição*. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência T e IE, editor. Brasília-DF: Ministério da Saúde-Brasil, p. 5-7, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida* [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

BRENES, A. C. *História da parturição no Brasil, século XIX*. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 26 out. 2021.

DE OLIVEIRA E SILVA, L. M. *Políticas Públicas contra a violência obstétrica no Brasil: o HumanizaSUS*. V Simpósio Gênero e Políticas Públicas, v. 5, n. 1, p. 514-526, 2018. Disponível em: <<http://anais.uel.br/portal/index.php/SGPP/article/view/1113>>. Acesso em: 26 out. 2021.

GOMES, S. C.; TEODORO, L. P. P.; PINTO, A. G. A.; OLIVEIRA, D. R. de; QUIRINO, G. da S.; PINHEIRO, A. K. B. *Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 2594-2598, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/nHFxfwdbY9sCV7KcHyP9Rfh/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 26 out. 2021.

HAMERMÜLLER, A; UCHÔA, T. *Violência obstétrica atinge 1 em cada 4 gestantes no Brasil, diz pesquisa* [Internet]. Humanista: Jornalismo e Direitos Humanos. 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/28/violencia-obstetrica-atinge-1-em-cada-4-gestantes-no-brasil-diz-pesquisa/>>. Acesso em: 12 set. 2021.

KNOBEL, R. *Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional analysis using the Robson classification*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 42, p. 522-528, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/zwND84FZR85nMVMCy7tDbCK/?lang=en>>. Acesso em: 26 out. 2021.

PAES, F. D. R. MP NO DEBATE. *Estado tem o dever de prevenir e punir a violência obstétrica*. 2015. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-dez-07/mp-debate-estado-dever-dever-prevenir-punir-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 26 out. 2021.

RODRIGUES, T. *Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos: Indicadores mostram os resultados da ampliação do acesso da mulher aos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde. Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), 2016. Disponível em: < <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos#:~:text=Indicadores%20mostram%20os%20resultados%20da,mulher%20aos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde.&text=No%20m%C3%AAs%20em%20que%20se,Mulher%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.>>. Acesso em: 26 out. 2021.

SPACOV, L. V.; SILVA, D. S. *Violência Obstétrica: Um olhar jurídico desta problemática no Brasil*. Derecho y Cambio Social, p. 485-499, 2019.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. *A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto*. *Disciplinarum Scientia | Ciências Humanas*, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>>. Acesso em: 26 out. 2021.

VIOÊNCIA OBSTÉTRICA. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres*. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Violência Obstétrica – “Parirás com dor”. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2021.

IX - Acolhimento nas práticas de produção de saúde

CAPÍTULO 1

A importância do acolhimento na assistência efetiva do SUS

Ana Flávia de Jesus Alves¹
Luciana Coimbra de Mello²

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde

Introdução

Caro leitor, sua participação será essencial nesse capítulo, pois a nossa intenção é que ele seja dinâmico e para dar certo precisamos de você.

Para começar, pedimos que pare sua leitura por um segundo e reflita sobre o significado que a palavra “Acolhimento” tem na sua vida.

Provavelmente você pensou em um gesto acolhedor (como um abraço, aperto de mão) ou pensou em uma pessoa que o acolheu em algum momento de sua vida (através de uma ajuda financeira ou emocional). Acertamos?

Agora, direcione sua mente para uma experiência de acolhimento que teve no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Em nossa opinião, você pensou no momento que estava em uma salinha de triagem com o enfermeiro, a qual possui na porta, uma plaquinha escrita “Acolhimento” ou no gesto acolhedor de um profissional que cuidou de você de uma forma tão humana que ficou marcado em sua lembrança. Acertamos de novo, não é?

Brincadeiras à parte, nosso objetivo não é ler sua mente. Nossa intenção é que no final deste capítulo, você entenda que assim como muitas palavras subjetivas, por exemplo: “amor”, “paz”, “vida”, o concei-

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

to de acolhimento vai muito além da definição presente no dicionário, o qual define Acolher como “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (FERREIRA, 1975). É necessário que você faça uma interpretação criteriosa das informações que iremos apresentar-lhe e juntamente com sua visão de mundo construa a sua definição. Somente dessa forma você entenderá o que o acolhimento significa para você e a importância dele no Serviço Único de Saúde (SUS).

Discussão

O SUS é composto por 3 pilares essenciais (BRASIL, 1990): Universalidade – na qual garante o acesso à saúde para todos os usuários, através do Artigo 196 da constituição federal (BRASIL, 1988); Equidade – o qual reconhece a desigualdade social e evidencia o atendimento aos usuários de acordo com sua necessidade (oferecendo mais a quem mais precisa), e por fim, a Integralidade- que presume o atendimento integral ao usuário, desde ações preventivas até os cuidados paliativos.

Com o intuito de melhorar cada vez mais os serviços de saúde e a experiência da população, foram criadas diversas políticas públicas pelo SUS ao longo do tempo (BRASIL, 2010). Diante disso, a implantação do conceito de acolhimento na APS surgiu em 2003, após a criação da Política Nacional de Humanização - PNH ou como é conhecida HumanizaSUS (BRASIL, 2004).

Dentre as diretrizes dessa política que surgiu para proporcionar um atendimento humanizado para a população, o acolhimento compõe uma peça fundamental, ao “tecer uma rede de confiança e solidariedade entre a população e os serviços de saúde” (SÃO PAULO, 2002). Ao adentrarmos nos objetivos do acolhimento, estão:

- A realização de escuta qualificada pela equipe de acolhimento, a qual é composta por profissionais de enfermagem ou técnico (o qual presta assistência de qualidade ao usuário, escuta suas queixas, os medos e as expectativas, identifica os riscos e a vulnerabili-

dade) (FRANCO et al., 2003)

- Construção de vínculo entre o paciente e os profissionais (ao permitir que o usuário faça uma autoavaliação em relação ao seu problema) e entre a equipe interdisciplinar (para que possam trabalhar em conjunto e proporcionar um melhor acolhimento ao usuário).
- Garantia ao acesso a saúde (atender todos os usuários que procurem os serviços de saúde e direcioná-los para o local adequado).
- Incorporação do código ético (ao responsabilizar toda equipe quanto à resolução do problema/demanda do usuário) e político (por ser direito de todo o brasileiro e dever do estado).

O acolhimento também é considerado uma ferramenta tecnológica (sim, tecnologia não é apenas inteligência artificial) que para sua implantação na Atenção Primária, necessita de diversos profissionais, pois o intuito é que, na prática, ele seja feito durante toda a experiência do usuário na (APS), ou seja, desde o momento em que o paciente chega à unidade de saúde até a resolubilidade de seu problema. Nesse sentido, todos os profissionais que trabalham na unidade devem praticar o acolhimento (porteiro, secretário, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, médico, dentista, entre outros).

A função de todos os profissionais é acolher o paciente, de modo a compreender sua necessidade e resolver seu problema, desde os mais simples (como informação de um local) até referenciá-lo para outro serviço mais complexo, se necessário.

Diferença entre o acolhimento e a triagem

Para realizar o acolhimento é necessário que haja uma escuta qualificada por parte dos profissionais da equipe de enfermagem, pois é através dela que o profissional irá saber a real necessidade do usuário. Dessa forma, ele identifica se o paciente realmente necessita de um atendimento mais rápido, a necessidade de ser encaminhado para o atendi-

mento médico ou não (exemplo: se um paciente vai à Unidade Básica de Saúde com a ficha de controle de Pressão Arterial e só precisa desse serviço, o enfermeiro pode aferi-la, anotar e liberá-lo) orientando o retorno quando necessário.

Entretanto, muitos confundem esse método presente no acolhimento com a triagem. A principal diferença entre os dois é que a triagem é uma etapa do atendimento que ocorre em uma sala, onde são aferidos os sinais vitais, coletadas as queixas do paciente e ocorre uma seleção de prioridade no atendido, baseado em um protocolo de classificação de risco. Já o acolhimento não é um espaço, mas uma postura por parte dos profissionais que busca resgatar a humanização do atendimento e está presente em todas as ações prestadas pelo serviço de saúde (BRASIL, 2006).

Desafios na implantação do acolhimento

Para que o acolhimento aconteça na APS, é necessária uma comunicação entre a equipe de saúde, para discutir sobre como está sendo realizado o atendimento ao usuário em todas as etapas que ele percorre na Unidade Básica de Saúde, identificar o que deve ser modificado e quais ações devem ser feitas para que essa mudança ocorra. No entanto, como a maioria das ações, nem sempre o que foi planejado é colocado em prática, em muitos locais o acolhimento tem se caracterizado por uma dimensão restrita à triagem administrativa, encaminhamentos além da recepção burocrática, sem uma adequada avaliação do risco, agravo e grau de sofrimento do paciente, ações essas que muitas vezes acentuam uma prática excludente (TRAESEL et al., 2004).

Essas questões apontam uma série de desafios à implantação do acolhimento, como: a falha de comunicação entre a equipe (a qual muitas vezes não é clara ou dinâmica e em alguns casos é inexistente), a dificuldade no agendamento dos pacientes (pois o acolhimento propõe a agenda aberta para casos que necessitam), a pequena inserção do profissional

médico no processo de acolhimento (ainda existem muitos médicos que não interagem com o restante da equipe, tendo assim uma visão parcial do processo de acolhimento do usuário e dificuldade de adesão da população a essa nova ferramenta). Ao mesmo tempo, essas implicações são consequência da falta de preparo dos funcionários da saúde para lidar com questões complexas, educação muito teórica e pouco articulada com as reais necessidades da APS e dificuldade de penetração nas redes de apoio, principalmente aos mais vulneráveis e socialmente discriminados, que requerem a corresponsabilidade da própria comunidade (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009).

Impacto do acolhimento na Atenção Primária à Saúde

Existem diversas ações consideradas simples por nós, às vezes até básicas, que fazem parte da ferramenta tecnológica que é o acolhimento. O ato de fornecer informações de forma adequada quando você liga na Unidade Básica ou a indicação do local que você deve ir, de acordo com sua demanda; no momento em que chega à Unidade Básica são ações que compõem o acolhimento.

Essas pequenas ações, apesar de não parecerem, tem um papel importantíssimo para a melhoria dos serviços de saúde. Através do acolhimento, muitas dificuldades enfrentadas pelo usuário são evitadas, como o fato de esperarem muitas horas para serem atendidos, dormirem nas filas e em alguns casos passar por tudo isso e ainda não conseguir o atendimento.

Ademais, o acolhimento permite estabelecer um diálogo entre o profissional da área da saúde e o paciente, através do empoderamento e autonomia do usuário para o autocuidado e corresponsabilização no projeto de saúde (SCHOLZE et al., 2006), fazendo com que ele tenha participação ativa no seu processo de tratamento, encontrando uma solução conjunta para o seu problema através da troca de conhecimento, asso-

ciando a visão que ele tem de sua doença com o conhecimento acadêmico do profissional. Assim, além do fortalecimento do vínculo entre ambas as partes, o que facilita a adesão ao tratamento, o acolhimento proporciona maior inclusão na APS de usuários considerados excluídos, como a população LGBTQIA+, pacientes portadores de HIV/AIDS e usuários de drogas (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Conclusão

Acho que foi possível perceber que o acolhimento é uma ferramenta necessária para que possamos praticar a humanização na Atenção Primária à Saúde, e que apesar das dificuldades encontradas em relação à implantação desse mecanismo do cuidado com o usuário, após alguns ajustes, ela poderá ser colocada em prática da mesma forma que foi pensado no papel.

Segundo SANTOS; SANTOS (2011), toda Unidade de Saúde da Família (USF) deve disponibilizar a máxima potência para acolher as demandas, escutando e fazendo encaminhamentos adequados, pois, “a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital”.

Enfim, como já havíamos expressado no início, o conhecimento sobre esse assunto é subjetivo e depende da sua visão de mundo e da sua observação crítica sobre o que apresentamos nesse capítulo. Esperamos ter acrescentado aos menos um pouco em sua bagagem sobre esse assunto de extrema importância para todos nós, e que agora, se for necessário pensar o que a palavra “acolhimento” significa para você, sua resposta seja diferente do começo desse capítulo.

Sabe por que fizemos essa dinâmica com você? Para sentir que participou desse processo de escrita, que escutamos de forma empática sua definição no começo, ou seja, para entender o acolhimento, na práti-

ca, durante essa leitura acolhedora.

Referências

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. *Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte*. Ciênc. Saúde coletiva, v. 13, n. 2, p. 2189-2197, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/WGzvfb698FB5QkkBxNHPvHc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Art. nº 196 a 2000. *Brasília, DF: Senado Federal, 1988*. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10653794/artigo-198-da-constituicao-federal-de-1988>>. Acesso em: 05 jan.2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Subchefia para Assuntos Jurídicos*. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990a Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. *Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. *O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde*. Rev. baiana saúde pública, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a011.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

FRANCO, T. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim*. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hicitec. p. 37-54, 2003.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. S. *Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros*. Revista de Salud Pública, v. 13, p. 703-716, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsap/2011.v13n4/703-716/>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

SÃO PAULO. *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo: Secretaria Municipal de São Paulo; p. 1-8, 2002.

SCHOLZE, A. S.; ÁVILA, L. H. de; SILVA, M. M. da; DACOREGGIO, S. T. K. *A implantação do Acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família*. Espaço. Saúde (Online), v. 8, n. 1, p. 7-12, 2006. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-456252>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

TRAESEL, C. A. *Educação em saúde: fortalecendo a autonomização do usuário*. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M (orgs.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.111-142.

CAPÍTULO 2

Humanização das práticas no cuidado integral: uma reflexão dos dias atuais

Gabriela Teixeira Gonçalves¹
Lucila Bistaffa de Paula²

Palavras-chave: Humanização; Integralidade; Sistema Único de Saúde

Introdução

A saúde vem do Latim “salus”, “bom estado físico, saudação”. É uma condição na qual o indivíduo encontra-se bem fisicamente, mentalmente e socialmente (OMS, 1946).

Essa foi instituída como direito de todos e dever do Estado, através da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a qual garantiu a sua promoção, proteção e recuperação; e para tornar possível o seu acesso, determinou que fosse criado um sistema de saúde que deveria ser gratuito, universal e igualitário para todos (BRASIL, 1998).

O SUS possibilitou o alcance universal à saúde e para seu bom funcionamento foram elaborados os princípios doutrinários, sendo eles a universalidade, a integralidade e a equidade, que permeiam todas as ações de saúde.

A universalidade refere-se ao acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, atendendo todas as pessoas. É por meio dela, que os indivíduos chegam às Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são a “porta de entrada” da Atenção Básica, promovendo o acolhimento e suprimindo as necessidades da população.

A equidade diz respeito a tratar desigualmente os desiguais, dando maior atenção aos pacientes que precisam mais. Reconhecendo que cada cidadão tem seus aspectos únicos, como idade, gênero, cor, crença,

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outros. Buscando estratégias que maximizem as igualdades.

A integralidade é atender às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, olhando o paciente como um todo, sabendo identificar as etiologias biológicas, psicológicas, ambientais e sociais das doenças. Promovendo o cuidado integral, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (MACHADO et al., 2007) grupos e coletividade tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância das ações de educação em saúde como estratégia integradora de um saber coletivo que traduza no indivíduo sua autonomia e emancipação. Com base nesta compreensão o estudo busca refletir acerca do princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde. A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade. A integralidade, como dito é essencial para a promoção da saúde (FONTOURA; MAYER, 2006). Para sua efetivação é preciso haver a humanização. Pois, é através da ação humanizadora que os profissionais de saúde conseguem dialogar com usuários e identificar as suas necessidades. Já que a saúde é influenciada por determinantes sociais, os quais se relacionam às condições em que o cidadão vive e trabalha, como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais. Assim, as práticas humanas são necessárias, sendo imprescindível que os profissionais de saúde tenham uma visão holística do usuário, com objetivo de oferecer o acesso universal, alcan-

çar a saúde plena, aliviando e evitando o sofrimento.

Por isso, tornou-se necessário à elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH), que foi lançada em 2003, com objetivo de efetivar os princípios do SUS, qualificar a saúde pública e promover uma troca entre gestores, trabalhadores e usuários (SOUZA; MENDES). Essa orientou sobre a importância da humanização da saúde como caminho para a ação de saúde, através da transversalização do cuidado graças às redes de atenção à saúde (RAS) (MENDES, 2010).

O objetivo deste estudo foi relatar a importância das redes de atenção à saúde, das linhas de cuidado e da humanização para promover o cuidado integral no Sistema Único de Saúde.

Discussão

A integralidade como forma de humanização

A integralidade é construída diariamente, superando os obstáculos e elaborando políticas de saúde, utilizando os conhecimentos adquiridos na formação sobre as doenças e associando esse à complexidade e individualidade de cada ser humano. Buscando ter um contato face a face com o cidadão. Realizando um atendimento organizado, diversificado e humano.

Dessa forma, a intenção humanizadora é aceitar esta necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites (BRASIL, 2001).

Não podendo fragmentar o usuário, tendo uma visão na doença, nos órgãos ou na situação problema, mas sim, olhar para o indivíduo como um conjunto, desde seus sentimentos mais primitivos até suas fe-

ridas palpáveis e visíveis.

Por meio da humanização há melhorias para os cidadãos e para os trabalhadores, como a melhora na relação médico-paciente e na relação do usuário com os demais profissionais de saúde, garante ao indivíduo o direito ao acompanhante, há a efetivação de práticas e procedimentos mais humanos em todas as esferas da atenção, como na realização do parto humanizado, redução das esperas por consultas e exames, melhora da estrutura física do local de atendimento, aumento ao acesso à informação. Além disso, ocorre a melhora das condições de trabalho, com o aumento dos salários, melhora das jornadas, entre outras.

A sociedade atual apresenta relações humanas frágeis, frias, interesseiras e objetivas. Assim, a ação mais humana, busca combater os vínculos da atualidade que são marcadas pela individualidade, a “mercantilização” da saúde e a valorização das relações e da dignidade humana.

Nessa perspectiva, há a maximização dos “objetos” descontextualizados em sujeitos que possuem suas singularidades a través do encontro entre os subjetivos do cidadão e do trabalhador de saúde, há a reconstrução e visualização do que realmente é necessário para a saúde do usuário e elaboração de meios para alcançá-la. Buscando a promoção, proteção de saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde.

Para isso, é preciso a utilização competente e eficaz das técnicas empregadas no atendimento à saúde que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional. Esta disposição para consideração e respeito da singularidade exige sempre algum grau de adaptação e mudança; em contrapartida, abre espaço para a criatividade tão fundamental no atendimento humanizado (BRASIL, 2001).

Com essa forma de atendimento, abandona-se a visão fragmentária em relação ao usuário, há a valorização da integralidade, possibilitando a compreensão de que a dor do paciente pode ser psicossomática, e

não devido a uma condição biológica. Compreendendo o indivíduo como um ser biopsicossocial e construindo uma relação de troca de conhecimentos, diálogo e respeito.

Cabe dizer que as atitudes humanizadas são intrínsecas à integralidade. Tendo em vista a integralidade como um processo, as ações e atitudes humanizadas entram como um produto gerado neste e pelo processo. Nesse contexto, a realidade atual tem evidenciado: atitudes e ações fragmentadas; redução do humano à condição estritamente biológica; total desarranjo e desarticulação dos serviços e atendimentos em saúde; perda das noções e entendimento sobre o cuidado em saúde e, até mesmo, sobre a essência humana. A transformação dessa realidade depende de atitudes humanizadas, que, por sua vez, só serão desencadeadas a partir de uma visão integral. Portanto, a humanização é intrínseca à integralidade. Ou seja, só se produzem ações humanizadas em saúde a partir de uma concepção ampliada e integral do processo saúde-doença, pois toda ação em saúde parte de uma concepção de saúde. Dessa forma, o grande desafio está em mudar a forma de ver e pensar a saúde e a doença, sem perder de vista a imagem-objeto, pela qual, sem dúvida, vale a pena lutar (MUNDO DA SAÚDE, 2012):

Resumo O artigo abre com a discussão da amplitude dos sentidos da integralidade em base conceitual. Na sequência, a humanização é caracterizada na forma expressa na literatura contemporânea. Entendidas a multiplicidade de sentidos de ambas, discute-se a relação entre elas, bem como a relação com a concepção saúde-doença que as encerram. Finalmente, as potenciais aproximações são discutidas e sugere-se que a humanização é uma expressão prática de construção de integralidade. Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde. Humanização da Assistência. Saúde Holística. Abstract The article opens with the discussion of the amplitude of the senses of integrality in conceptual terms. In the sequence, humanization is characterized in the way defined in contemporary literature. Once the multiplicity of senses

of both is understood, we discuss the relationship between them, as well as the relationship they have with the conception health-disease that are implied within them. Finally, their potential similarities are discussed and we suggest that humanization is a practical expression of the construction of integrality.

Para tornar possível o alcance de atitudes mais integrais e promover a ação em saúde é necessário a prática da humanização. Por isso, devido à sua importância para efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde e da integralidade do indivíduo foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH).

A Política Nacional de Humanização

Política Nacional de Humanização (PNH) propôs uma nova forma de efetivar o atendimento da população, através de práticas integrais. Sendo a humanização uma condição básica para a execução dos serviços de saúde de qualidade, atuando diretamente, em todo o SUS. Com objetivo de efetivar os princípios do SUS, qualificar a saúde pública e promover uma troca entre gestores, trabalhadores e usuários.

A humanização é um movimento ascendente, que a cada geração tem um significado novo e novas formas de utilização. Sempre com o objetivo de propor práticas de cuidado humanizado. Na ação humanizadora o usuário-cidadão está no centro da decisão, devendo os profissionais e gestores vê-lo como um ser humano integral, não focando apenas na sua doença e/ou condição, buscando superar a fragmentação através das mudanças de comportamento, não se restringindo apenas a conduta médica, mas também, envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções (SAÚDE EM DEBATE, 2005).

Nessa perspectiva, o SUS é legitimado, pois a ação humana é intrínseca aos princípios que norteiam as práticas de saúde, sem ela tor-

na-se supérflua a tentativa da promoção de saúde. Por isso, é necessário haver mudanças nas práticas de saúde pública. Propondo a superação dos sistemas fragmentados e estabelecendo a transversalização como princípio.

O sistema fragmentado e a transversalização

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde se organizam através da junção de áreas de atenção que trabalham de forma isolada, individual e incomunicável. Com isso, não há a estruturação de uma linha de cuidado, gerando uma atenção descontínua e sem seguimento apropriado. O que impossibilita a administração adequada da população adscrita.

Nesse modelo a atenção primária não se relaciona diretamente com a atenção secundária e ambos não se relacionam com a atenção terciária à saúde. Assim, a “porta de entrada” à saúde perde sua função de centro de comunicação e coordenação do cuidado.

Nesse sistema, ocorre a organização hierárquica, descontinuidade assistencial, a priorização em condições agudas, intervenção curativas e, com isso, há um subvalorização da prevenção e da estratificação de riscos, comprometimento da integralidade e não supre as necessidades de saúde. por consequência, ocorre a fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e, como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos (LAVRAS, 2011).

Portanto, para a efetivação da atenção à saúde é preciso cessar as ações fragmentadas e impor a transversalização, através da comunicação dos saberes e práticas de saúde. Propondo um diálogo entre usuários, trabalhadores e gestores, sem hierarquia, abandonando a comunicação

vertical e estimulando a comunicação horizontal, buscando a produção de saúde de qualidade.

Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável (HUMA, 2015)[s.d.]. Buscando a formação de redes de atenção à saúde, que se caracterizam pela cooperação, conscientização e responsabilidade.

RAS como estratégia para a humanização

As Redes de Atenção à Saúde são definidos como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As RASs são organizações que se comunicam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população, com o intuito de promover atenção à saúde, prestando um serviço de qualidade, organizado, humano, estabelecendo arranjos e continuidade do cuidado (MENDES, 2009).

Elas são sistematizadas e conduz a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis da Atenção Primária, Secundária

e Terciária. Atuam através das linhas de cuidado que são fluxos assistenciais que garantem ao usuário a resolução de suas necessidades de saúde.

As linhas do cuidado são a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO; FRANCO, 2003).

Essa difere processos de referência e contrarreferência, porque nela os gestores dos serviços pactuam fluxos, os quais organizam a continuidade do sistema de saúde, com objetivo de os cidadãos terem acesso aos serviços que precisem. Incorpora a ideia da integralidade na saúde, promovendo uma ação mais humanizadora, possibilitando a união de ações preventivas, promoção, proteção de saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (FRANCO; MIRANDA; JÚNIOR, 2007).

Além disso, é através dela que o usuário terá pleno acesso aos recursos que o SUS oferece, desde participar de campanhas de vacinação e visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família, até tratamentos oncológicos e os de alta complexidade hospitalar. O cuidado integral é realizado com a proposta de acolhimento, com uma nova postura do profissional de saúde, visando promover vínculo e gerar autonomia no usuário, tornando-o participante da resolução do seu problema de saúde (LEITE et al., 2014) exploratória, com orientação analítico-descritiva, cujo eixo teórico foi o direito à saúde relacionado ao acesso a informação e integralidade do cuidado. As seguintes categorias foram construídas: dificuldades para concretização do cuidado humanizado à saúde em uma unidade básica; despersonalização da relação profissional/ usuário do serviço; lacunas na infraestrutura física e humana do serviço;

e relacionamento interpessoal entre os diferentes atores do processo de cuidar. O acesso à informação se constitui como aspecto central para a promoção do cuidado integral à saúde. Para conseguir proporcioná-lo de forma adequada, torna-se importante sensibilizar a equipe com relação à importância do empoderamento do usuário, para torná-lo protagonista do cuidado e tê-lo como um aliado no processo do cuidar.

Conclusão

Portanto, torna-se notório que a humanização é necessária para a promoção do cuidado integral e que apesar de haver a Política Nacional de Humanização, ainda há um grande abismo entre a atenção à saúde integral e a saúde que é prestada.

Encontramos o paciente a mercê das condutas médicas, gestores que não incluem os trabalhadores nas decisões, as redes de atenção de saúde não se comunicando e a não estruturação das linhas de cuidado. Com isso, o cidadão perde sua autonomia perante o médico, é visto de forma fragmentada, não ocorrendo à promoção de práticas integrais e humanas de saúde.

Diante disso, é preciso buscar na prática a efetivação dos princípios do SUS, da PNH e da Constituição. Pois, a estruturação de redes de atenção à saúde é necessária para a consolidação do sistema de saúde humanizado que promova a integralidade e conseqüentemente, a continuidade assistencial. Através desse modo, será possível acompanhar a tendência atual de ascensão das condições crônicas e de declínio dos problemas agudos. Devendo enfatizar a promoção e a prevenção à saúde.

Referências

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Brasília, DF: Senado, 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 9 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279. *Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Humaniza-SUS: Política Nacional de Humanização - PNH*. Brasília, 16 p., 2013. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH: relatório do Grupo de Trabalho de Humanização*. Brasília: 2001.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. *Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde*. 2003. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf>. Acesso em: 22 de ago. 2021.

FRANCO, T. B.; MIRANDA, H.; JÚNIOR, M. *Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado*. In: Merhy EE. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 125.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C. N. *Uma breve reflexão sobre a integralidade*. Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 59, n. 4, p. 532, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

LAVRAS, C. *Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil*. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

LEITE, R. A. F.; BRITO, E. S. de; SILVA, L. M. C. da; PALHA, P. F.; VENTURA, C. A. A. *Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 51, p. 661, 30 set. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/8T3GJCJ4MrfGdHYsWVHMY9B/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 22 ago. 2021.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. *Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual*. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 12, n. 2, p. 335, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>>. Acesso em: 22 de ago. 2021.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2010, v. 15, n. 5, p. 2297-2305. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. *Humanização como expressão de integralidade*. Mundo saúde (Impr.), v. 36, p. 502, 2012. Disponível em: <[humanizacao_expressao_integralidade.pdf](#)>. Acesso em: 22 ago. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) 1946*. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-LISBR1.1-22006>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Saúde em Debate, v. 29, p. 385, 2005. [fecha de Consulta 22 de Agosto de 2021]. ISSN: 0103-1104. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345256015>>. Acesso em: 22 ago. 21.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. *Universalidade, integralidade, equidade e SUS*. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2021.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. *O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH)*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online], v. 13, p. 681, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500018>>. Acesso em: 22 ago. 21.

CAPÍTULO 3

Distúrbios do sono durante a pandemia de Covid-19

Kayene Alcântara Leivas¹
Jesiela Passarini²

Palavras-chave: Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono; Saúde Mental; COVID-19

Introdução

O objetivo da Atenção Básica de Saúde é cuidar de maneira integral do paciente e essa integralidade inclui a saúde mental e sua avaliação. Um indicador importante de saúde mental de um paciente é o sono e tudo que esteja relacionado a isto (WYATT; GOLDSTEIN; EICHLER, 2021). Desse modo, é importante que a equipe profissional qualificada questione o indivíduo sobre seus hábitos de sono e como está seu ciclo sono-vigília também na atenção básica.

A implementação da Saúde Mental na Atenção Básica é um processo recente e tem se fundamentado com o fortalecimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é constituído de um grupo de profissionais qualificados para apoiar o atendimento ao paciente. (COSTA et al., 2015; DOS SANTOS; BOSI, 2021). O papel fundamental na atenção ao paciente vem da Equipe de Saúde da Família (ESF) e, por isso, é importante a educação continuada para a ampliação do cuidado também no que diz respeito a qualidade do sono. Portanto, quando a ESF detém informações teóricas sobre o ciclo circadiano, como também, sobre técnicas que auxiliam a indução do sono, ela é capaz de realizar um atendimento mais eficiente.

O ciclo circadiano é o principal fundamento na medicina do sono,

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

sendo responsável pelo ritmo que um indivíduo, corresponde aos horários do dia em que se sente mais ativo, a hora que sente sono e que acorda. Esse ciclo modula muitos sistemas fisiológicos do indivíduo, incluindo temperatura, fome e liberação de hormônios como cortisol e é influenciado por diversos fatores(WYATT et al., 1999).

Nesse contexto, fatores externos que influenciam sobre a qualidade e a quantidade de sono, pode-se lembrar sobre fatores estressantes, sendo um dos maiores exemplos no ano de 2020 e 2021 a pandemia do COVID-19 (VINDEGAARD; BENROS, 2020). No final de Dezembro de 2019, foi notificado em Wuhan, na província de Hubei na China, os primeiros casos de pneumonia pelo vírus coronavírus (SARS-CoV-2) e, a partir dessa cidade, o número de indivíduos infectados aumentaram de maneira muito rápida em escala global, sendo considerada uma pandemia global do SARS-CoV-2 em 11 de Março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (DATTA; TRIPATHI, 2021; ZHOU et al., 2020).

É possível perceber que a pandemia causou não só danos à saúde física da população de pacientes atingida diretamente pelo vírus como também indiretamente com consequências na saúde mental de modo geral, podendo citar como causa os isolamentos sociais obrigatórios, conhecidos com *Lockdown* (DATTA; TRIPATHI, 2021; GIORGI et al., 2020; ZHOU et al., 2020). Com isso em mente, deve-se conhecer as populações as quais são mais suscetíveis a desfechos desfavoráveis, que passam por mudanças em seus hábitos de sono e saúde mental, para entender por onde começar a pesquisa de distúrbios do sono.

Esse capítulo busca demonstrar que a atenção à Saúde Mental é essencial para o bem-estar da população geral, sendo a qualidade de sono um preditor importante. Assim, o objetivo é indicar como a qualidade do sono da população foi atingida durante a pandemia do COVID-19, a fim de conscientizar os profissionais da saúde acerca do assunto.

Discussão

Ciclo circadiano e distúrbios do sono

Para entender sobre mudanças no ciclo do sono, é necessário saber como funciona o ciclo natural. O estado de sono é regulado principalmente durante o período em que o indivíduo fica acordado, sendo este estado influenciado por fatores intrínsecos (como idade, presença ou não de distúrbios psiquiátricos e outros) e externos (como exposição a luminosidade, tempo de tela de aparelhos eletrônicos, ambiente de estresse e outros) ao indivíduo (WYATT; GOLDSTEIN; EICHLER, 2021).

Quando se pensa em alterações no ciclo sono-vigília, devemos considerar os fatores de interferência e saber com os quais o paciente se apresenta. Essas desordens podem ser intrínsecas ou ambientais, como, por exemplo: ter mais estresse no cotidiano, dormir mais tarde, diferença no intervalo do sono, ciclo sono-vigília maior que 24 horas, plantões de trabalho ou “*jet lag*” (desordem referente a viagens com trocas de fuso horário muito diferente) (WYATT; GOLDSTEIN; EICHLER, 2021). A partir dessas alterações podemos ter as principais alterações de diagnósticos em Medicina do Sono: insônia, distúrbios respiratórios do sono, hipersonias, desordens no ritmo circadiano, parassonias, distúrbios do movimento relacionados ao sono e outros de acordo com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono da *American Academy of Sleep Medicine*. Para este capítulo, vamos considerar principalmente a insônia, pois é demonstrado como um dos distúrbios do sono mais apresentados em artigos (ALTENA et al., 2020; BARROS et al., 2020; DATTA; TRIPATHI, 2021; GIORGI et al., 2020; VINDEGAARD; BENROS, 2020).

A importância de caracterizar os distúrbios do sono está em reconhecer quando esse problema é somente algo relacionado ao padrão de sono ou a outros distúrbios psiquiátricos, como depressão e ansiedade, uma vez que a insônia ou o excesso de sono são sintomas apresentados por eles também. Como método diagnóstico de distúrbios do sono, o médico pode lançar mão de, por exemplo, um diário do sono, para avaliar o

padrão do sono do paciente.

A insônia é caracterizada como a dificuldade para iniciar ou manter o sono ou, ainda despertar precoce. Ela pode ser dividida em curta ou crônica, dependendo de o período dos sintomas serem menor ou maior que 3 meses, respectivamente. Essa doença tem muitas repercussões sistêmicas, pois seus sintomas tendem a permanecer cronicamente ou até mesmo permanentemente (HADDAD, 2017).

Pandemia como fator estressante

A partir do anúncio de pandemia em março de 2020, em vários locais foram iniciados confinamentos obrigatórios como medida de prevenção à disseminação do vírus e à redução do número de pessoas infectadas. Essa mudança no convívio interpessoal, obrigou a população a permanecer dentro de casa, e esse ambiente, que antes era reservado a lazer, passou a ser um ambiente de trabalho, atividade física, lazer, dormir e outros (BARROS et al., 2020; GIORGI et al., 2020; ZHOU et al., 2020).

Referente aos confinamentos obrigatórios da população nos meses iniciais da pandemia do COVID-19 e ao ambiente do lar pela qual começou a ter muitas funções, o indivíduo depara-se com uma realidade de estresse intenso. Esse estresse pode ser exemplificado pela falta de espaço para atividades corriqueiras, a obrigatoriedade de uma relação inter-familiar mais intensa, além de, no contexto do COVID-19, o confinamento obrigatório, o medo de contaminação e poder ser vetor de disseminação auxiliam a desequilibrar a homeostase emocional em grande parte da população (DE SOUZA et al., 2021; GIORGI et al., 2020). Desse modo, o ambiente de insegurança relacionada à pandemia pode ser considerado um fator importante de estresse para a população, sendo considerado um fator de risco para alterações no padrão de sono.

Além de consideramos a população geral, devemos dar atenção à população de trabalhadores na área da saúde, principalmente, os que trabalham na linha de frente como população mais vulnerável ao cansaço e

estresse que o COVID-19 trouxe. Em vários estudos, essa população específica é apontada como grupo de risco para distúrbios do sono, incluindo insônia, transtorno pós-traumático e ansiedade (DE SOUZA et al., 2021; GIORGI et al., 2020; VINDEGAARD; BENROS, 2020).

Relação entre a pandemia e os distúrbios do sono

Em muitos estudos, o número de insônia, ansiedade, depressão, estresse e sintomas relacionados a síndrome pós-traumática foram significativos (DATTA; TRIPATHI, 2021; VINDEGAARD; BENROS, 2020). Demonstrando, assim, que a população no geral está mais vulnerável aos fatores que interfiram no sono.

Para os autores Datta K. e Tripathi M., para a população geral em confinamento, os índices de ansiedade, estresse e perda de qualidade de sono foram os pontos importantes. Essa população apresentou uma prevalência de 20,8% de ansiedade, 17,3% de depressão e 7,3% de insônia.

Além disso, vários autores encontraram que as populações mais acometidas pelos distúrbios do sono foram: jovens, equipe médica da linha de frente ao combate à pandemia e mulheres (ALTENA et al., 2020; DE SOUZA et al., 2021; GIORGI et al., 2020; VINDEGAARD; BENROS, 2020; ZHOU et al., 2020). No artigo *“Sleep problems among Chinese adolescents and young adults during the coronavirus-2019 pandemic”* foi encontrada a relação de que quanto menos informação o indivíduo tinha acerca de pandemia, assim como, quanto maior o impacto na vida dos estudantes, maior a incidência de insônia e ansiedade/depressão (ZHOU et al., 2020).

A saúde mental da população tem métodos a fim de ser promovida. O cuidado sobre o bem-estar da população confinada inclui manter a população informada corretamente sobre a pandemia, ofertar serviços de apoio social e psicológico além de reter a maior quantidade possível de rumores falsos (HADDAD, 2017).

Conclusão

Percebe-se que a pandemia teve influência negativa não só para a saúde funcional como também para a saúde mental de toda a população. Por isso, é importante lembrar que o ambiente doméstico multifuncional se tornou, não só um lugar de refúgio, mas também um ambiente de multitarefa. Esta mudança forçada causou uma mudança de hábito não programado, de forma que passou a ser estressante para o indivíduo conseguir conciliar suas atividades de trabalho com o restante de sua vida social.

A cerca do discutido sobre alterações no ciclo do sono, podemos considerar que a população de risco para os distúrbios de sono são mulheres, adultos jovens e trabalhadores da saúde de linha de frente. Por isso, mostra-se mais eficiente o fato ter maior atenção a queixas dessas populações pesquisando mais a fundo a saúde mental e, principalmente, como está a ciclo circadiano.

Referências

ALTENA, E.; BAGLIONI, C.; ESPIE, C. A.; ELLIS, J.; GAVRILOFF, D.; HOLZINGER, B.; SCHLARF, A.; FRASE, L.; JERNELÖV, S.; RIEMANN, D. *Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy: Enhanced Reader*. Journal of Sleep Research, v. 29, n. 4, e13052, 2020. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32246787/>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; AZEVEDO, R. C. S. de; ROMERO, D.; JÚNIOR, P. R. B. de S.; AZEVEDO, L. O.; MACHADO, Í. E.; DAMACENA, G. N.; GOMES, C. S.; WERNECK, A. de O.; SILVA, D. R. P. da; PINA, M. de F. de; GRACIE, R. *Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19*. Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, v. 29, n. 4, p. e2020427, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ress/a/nFWPcDjfNcLD84Qx7H-f5ynq/#>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: núcleos de apoio à saúde da família*. [Internet]. Brasília; 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 27) [acesso 2022 Jan 11]. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/cadernodaatenobsicadiretrizesdonasf-28-07-2010>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

COSTA, F. R. M.; LIMA, V. V.; SILVA, R. F. da; FIORONI, L. N. *Desafios do apoio matricial como prática educacional: A saúde mental na atenção básica*. Interface: Communication, Health, Education, v. 19, n. 54, p. 491–502, 23 jul. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/b6m6R-zhn3mk54nG6WWqxq5n/?lang=en>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

DATTA, K.; TRIPATHI, M. *Sleep and Covid-19*. Neurology India, v. 69, n. 1, p. 26–31, 2021. Disponível em: <<https://www.neurologyindia.com/article.asp?issn=0028-3886;year=2021;volume=69;issue=1;spage=26;epage=31;aulast=Datta>>. Acesso em: 11 jan, 2022.

DE SOUZA, L. F. F.; PAINEIRAS-DOMINGOS, L. L.; MELO-OLIVEIRA, M. E. de S.; PESSANHA-FREITAS, J.; MOREIRA-MARCONI, E.; LACERDA, A. C. R.; MENDONÇA, V. A.; SÁ-CAPUTO, D. da C.; BERNARDO-FILHO, M. *The impact of covid-19 pandemic in the quality of sleep by pittsburgh sleep quality index: A systematic review*. Ciência e Saúde coletiva, v. 26, n. 4, p. 1457–1466, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZY-QXSS4JNHDJ3KkpBjhpXRc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

DOS SANTOS, R. C.; BOSI, M. L. M. *Mental health in primary care: Perspectives of professionals of the family health strategy in northeastern Brazil*. Ciência e Saúde coletiva, v. 26, n. 5, p. 1739–1748, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34076115/>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

GIORGI, G.; LECCA, L. I.; ALESSIO, F.; FINSTAD, G. L.; BONDANINI, G.; LULLI, L. G.; ARCANGELI, G.; MUCCI, N. *COVID-19-related mental health effects in the workplace: A narrative review*. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 21, 2020. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7857>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

VINDEGAARD, N.; BENROS, M. E. *COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence*. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 89, out. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260522/>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

WYATT, J. K.; CECCO, A. R. D.; CZEISLER, C. A.; DIJK, D. J. *Circadian temperature and melatonin rhythms, sleep, and neuro behavioral function in humans living on a 20-h day*. *American Journal of Physiology*, p. R1152–R1163, 1999. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10516257/>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

WYATT, J. K.; GOLDSTEIN, C. A.; EICHLER, A. F. *Overview of circadian sleep-wake rhythm disorders UpToDate*.

ZHOU, S. J.; WANG, L. L.; YANG, R.; YANG, X. J.; ZHANG, L. G.; GUO, Z. C.; CHEN, J. C.; WANG, J. Q.; CHENA, J. X. *Sleep problems among Chinese adolescents and young adults during the coronavirus-2019 pandemic*. *Sleep medicine*, v. 74, p. 39–47, 1 out. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7274988/>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

CAPÍTULO 4

Cuidados paliativos e a elaboração da boa morte

Aline Carvalho Gobi¹
Jesiela Passarini²

Palavras-chave: Medicina Paliativa; Comunicação em Saúde; Equipe Multiprofissional

Introdução

A morte é definida, tecnicamente, como um processo irreversível de extinção de qualquer atividade biológica necessária à manutenção da vida (SOUZA E SOUZA et al., 2013). Entretanto, essa definição é alvo de inúmeras discussões éticas, pois há uma certa abstração em sua compreensão. Falar sobre morte é angustiante, requer uma íntima reflexão sobre a vida e sobre seu sentido.

A morte do outro é um lembrete da finitude da vida e para quem convive diariamente com ela, é a lembrança constante da própria morte. Compreende-se, assim, a dificuldade dos profissionais da saúde em acolher e oferecer humanidade aqueles pacientes em processo de morte. Além disso, esses profissionais são preparados para tratar e possivelmente curar uma doença, mas quando essa doença não tem cura é encarada como uma derrota, causando frustração, estresse, culpa e sentimento de impotência. Em grande parte, o despreparo gera o afastamento e a cisão entre o paciente e sua humanidade, tornando seu processo muito mais doloroso fisicamente e emocionalmente.

É evidente a necessidade, em todos os níveis de saúde, de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros e demais profissionais da área preparados para cuidar de pacientes em processo

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

²Docente do Curso de Medicina – UniSALESIANO Araçatuba

de morte. Desse modo, o paciente receberá os cuidados adequados, de forma humanizada e integral, em todas as dimensões – física, psicológica, emocional, social e espiritual. Assim, o paciente poderá vivenciar o processo da “boa morte”, um processo digno, pacífico, com uma maior aceitação dos envolvidos, reconhecida e compartilhada, com suporte de profissionais preparados (MENEZES, 2013).

Perante a complexidade dos cuidados que um paciente em processo de morrer necessita, mediante o despreparo e a dificuldade de abordar o tema, com conseqüente afastamento, abandono e iatrogenia infligida a estes pacientes, é objetivo desse estudo evidenciar a importância da comunicação esclarecida entre paciente, familiares e equipe especializada em cuidados paliativos, destacando sua importância na prática da arte do bem morrer, ou seja, a ortotanásia.

Discussão

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define cuidados paliativos como a assistência, promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. A primeira definição proposta, em 1990, era voltada apenas para pacientes oncológicos, em 2002, esse conceito foi ampliado para outras doenças como aids, doenças cardíacas, renais, degenerativas e neurológicas. Em 2004, a necessidade de fornecer cuidados paliativos se estendeu às pessoas com doenças crônicas e passou a complementar o programa de atenção aos idosos (GOMES, 2016).

A palavra “paliativo” tem como origem o termo “*pallium*” que significa manto, proteção, ou seja, ampara aqueles que a medicina curativa não mais consegue acolher. A filosofia dos cuidados paliativos afirma a

vida e compreende a morte como parte desta; não procura acelerar ou retardar a morte, buscando o alívio da dor e de demais sintomas; além de fornecer apoio para o paciente viver ativamente todo o processo, tanto quanto possível, também auxilia a família que precisa aprender a lidar com a doença e com o luto (MARTA, 2010). Os cuidados paliativos, assim, priorizam a dignidade do ser humano, em sua integralidade e individualidade, não somente sobre a ótica de um diagnóstico terminal.

Princípios dos cuidados paliativos

O aumento da expectativa de vida e o avanço das tecnologias médicas dificultam o enfrentamento da morte. É importante destacar que maior tempo de vida não é, necessariamente, sinônimo de melhoria da qualidade de vida durante um processo de adoecimento ou na velhice. A intensa busca pela cura, por meio do abuso de procedimentos e instrumentos cada vez mais sofisticados, fortalecem a cultura da negação da morte e atribuem menor valor à medicina do cuidar.

Há uma construção social que confere à morte um conjunto de valores negativos, tornando-a um assunto incomodo, algo que precisa ser negado, afastado e remediado. E é exatamente nesse momento tão delicado que a grande maioria dos pacientes ouve a tão temida afirmativa “não há mais nada a fazer”. O progresso das tecnologias médicas tornou os cuidados ao findar da vida um processo impessoal, envolto por máquinas e profissionais que, muitas vezes, tem dificuldade em acompanhar, cuidar e que se afastam do paciente como um mecanismo de defesa.

O sofrimento que envolve o processo de morte pode ser dividido em dor física, dor psicológica, dor social e dor espiritual (HERMES, 2013), dessa forma, uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e um assistente espiritual da escolha do paciente, é imprescindível ao fazer cuidados paliativos. Também respeitar a individualidade de cada

paciente é essencial, permitindo escolhas e dando voz aos desejos e anseios, cuidando de todas as esferas que envolvem um ser humano, pois a desordem de um eixo pode afetar todo o processo.

Para cuidar de um paciente sem perspectivas de cura não é necessário apenas possuir um bom coração, mas ter técnica e preparação, para que não se empregue procedimentos caros, invasivos e fúteis, que não resultam em benefício, mas malefício ao paciente. A humanização das práticas de saúde, que começou a ganhar visibilidade através da Política Nacional de Humanização (PNH), é fundamental para a assistência paliativa, concretizando o entendimento de que cada paciente é um ser único, fruto de sua própria história, relacionamentos e cultura. Ademais, um princípio da bioética propõe que a autonomia deve ser garantida através do consentimento informado, possibilitando que o paciente tome decisões acerca dos tratamentos oferecidos (ALVES, 2019).

Os cuidados paliativos têm o compromisso com a qualidade de vida de pacientes com doenças que impedem a continuidade da vida, evitando uma morte dolorosa e que desrespeita seu tempo natural – mistanásia – sem praticar a eutanásia (prática que abrevia a vida, sem dor ou sofrimento, de um indivíduo com uma doença de fato incurável) e/ou a distanásia, que procura manter a vida por meio de procedimentos excessivos e que prolongam o sofrimento. Busca-se, portanto, a ortotanásia, ou seja, a boa morte, que respeita a integralidade do bem-estar e procura garantir a dignidade ao vivenciar o processo da morte e do morrer (MARTA, 2010).

Os princípios da medicina paliativa se baseiam no respeito à verdade, que fundamenta a relação de confiança entre o paciente, o profissional e a família, possibilitando a autonomia ao paciente; é necessário, também, conhecer a proporção entre benefícios e custos – físicos, psicológicos e econômicos - de toda conduta terapêutica. Além disso, prevenir e planejar ações acerca de complicações inerentes ao curso clínico

da doença, evitam sofrimentos desnecessários, ajudam no não abandono deste paciente, caso recuse algum tipo de terapia, e possibilita o emprego do tratamento álgico mais adequado.

Sabe-se que a medicina paliativa deve ser oferecida o mais precocemente possível durante o curso de qualquer doença com alto potencial de mortalidade, para que a introdução desses cuidados não seja mais difícil nos dias finais e mais críticos. Além disso, esses cuidados devem ser oferecidos onde quer que o paciente esteja, seja hospitalizado ou em contexto domiciliar, sempre dando suporte ao paciente e a família, garantindo o controle dos sintomas e a dignidade de todos os envolvidos.

A comunicação como ferramenta central

Receber um diagnóstico de uma doença que não mais pode ser curada e vivenciar um processo que irá culminar em perdas, colocam o paciente e sua família em um momento de crise. Dessa forma, na transição do cuidado curativo para o paliativo, a comunicação precisa ser repleta de empatia, delicadeza e cuidado. Assegura-se ao paciente que ele não será abandonado, apenas que houve uma modificação no objetivo do tratamento e que o foco será a esperança de viver cada momento com qualidade, sem sofrimento físico e, também, com a possibilidade de concretizar ideias pessoais (BORGES, 2014).

É comum que os familiares e até mesmo profissionais menos preparados evitem falar sobre a terminalidade devido ao receio de proporcionar mais dor e sofrimento a quem se ama, assim, cria-se um isolamento emocional que impede o compartilhamento de sentimentos, dúvidas e temores semelhantes. Conscientizar todos os envolvidos sobre a realidade da doença, deve ser encarado como uma chance para refletir, discutir situações pendentes, rever as prioridades e ressignificar a vida. Ainda assim, esse é um processo gradual e único, pois envolve crenças diversas, além do inerente medo da morte.

A comunicação deve ser incentivada, pois é um meio para con-

quizar e manter um relacionamento sólido e saudável entre a equipe, o paciente e a família. Além da comunicação verbal, dar atenção aos sinais não verbais, a presença compassiva, não limitar a interação e o relacionamento apenas à doença e valorizar a comunicação verbal alegre, privilegiando o otimismo e bom humor, é essencial para o estabelecimento do vínculo, favorecendo o planejamento e o manejo do tratamento (BORGES, 2014).

Para profissionais de saúde cuja base do ensino prioriza salvar vidas e não fornece base para lidar com a perda e a morte em si, a comunicação no processo de morrer é uma atribuição tortuosa (NASCIMENTO, 2013). Com isso, é necessário q o profissional aprenda a entender toda a “montanha-russa” que um paciente terminal experimenta, desde a não aceitação e a revolta até a criação de esperanças fantasiosas, preparando-se, assim, para exercer a medicina do cuidar.

O enfrentamento da morte

De acordo com a médica psiquiatra Dra. Elizabeth KüblerRoss pode-se dividir em cinco estágios, respeitando as individualidades e flutuações, o processo de aceitação da terminalidade após receber um diagnóstico (SEMTCHUK, 2013). É comum uma reação inicial de negação e isolamento, que funciona como uma defesa, deixando que o paciente entenda sua nova realidade com o tempo. Como segundo estágio, pode ocorrer uma grande revolta contra tudo e todos, até mesmo contra suas crenças religiosas, momento em que surge a pergunta “por que eu?”. Este estágio é seguido pela barganha e a depressão, fase em que o paciente não consegue mais negar sua condição. A última fase é a aceitação, que não está relacionada à felicidade, mas à procura de ressignificar a vida e a morte.

Em verdade, o ser humano experimenta perdas ao longo da vida que podem ser vistas como pequenas mortes, situações como perda de um emprego, separações, perdas de pessoas amadas. Assim, a morte não está relacionada somente a perda da vida física, mas também ao medo

da solidão, da separação, do desconhecido, da interrupção de planos e sonhos (SEMTCHUK, 2013). Percebe-se que o sofrimento psíquico, desse modo, é tão perturbador quanto o físico e, muitas vezes, é menos tolerável.

Sobre a visão dos cuidados paliativos a morte deve ser entendida como um processo repleto de sentidos, a etapa final de uma jornada única e individual. Para se “morrer bem” é necessário a aceitação da finitude, não apenas pelo paciente, mas por todos que o cercam. Ter consciência plena de sua terminalidade e ter tempo para refletir sobre a vida que se viveu e que ainda pode ser vivida, é, idealmente, uma oportunidade de aprimoramento pessoal e de valorização do presente. Assim, o paciente tem a oportunidade de ter uma “boa conclusão da vida”, resolvendo pendências – legais, financeiras, sociais, afetivas, emocionais e espirituais - se despedindo da vida com a “consciência em paz” (ALVES, 2019).

É de responsabilidade da equipe paliativista, junto aos familiares e ao próprio paciente, a preparação para os últimos momentos de vida, com o objetivo de produzir uma morte tranquila e bela. Ademais, a assistência não deve ser encerrada com a morte do paciente, pois o apoio precisa se estender a família durante o luto, pelo tempo que for necessário. Entende-se luto, tecnicamente, como o processo que sucede o rompimento de um vínculo que tinha algum significado. Portanto, para os familiares e profissionais o processo de morte e a morte também é uma experiência complexa, absoluta e transformadora.

Conclusão

O processo de morte e do morrer precisa ser desmistificado, estudado e refletido, permitindo que as pessoas se preparem para esse momento inevitável e pertencente à vida. A literatura sobre medicina paliativa ainda é escassa e a temática é desconhecida pela maioria da população, inclusive pelos profissionais da saúde, gerando uma carência de recursos humanos. É preciso difundir o ideário de que quando não se

pode mais curar, ainda se pode cuidar e cultivar uma boa relação entre equipe, familiares e paciente.

A “boa morte” é uma referência oferecida aos pacientes e seus familiares, com conhecimento difundido sobre o diagnóstico e o prognóstico da doença, permitindo ao paciente tomar decisões acerca dos cuidados que receberá. Desde a comunicação sobre a doença, procedimentos terapêuticos, curso da enfermidade e vivência do último período de vida, o paciente deve ser considerado pela equipe, como um ser único e capaz de exercer sua autonomia de forma integral.

A prática em cuidados paliativos tende a crescer, exigindo uma resposta mais adequada das políticas de saúde. A capacitação dos profissionais é imprescindível, tanto no nível da graduação e especialização, até a formação de pesquisadores, para o fortalecimento das bases científicas que aprimoram a medicina do cuidar.

Cabe aos profissionais empregarem amor em cada ato, principalmente ao se comunicar com um paciente e seus familiares. A empatia de explicar o diagnóstico, o prognóstico e as opções de tratamento permite ao paciente ter algum controle sobre sua própria vida e permite um vínculo essencial para o sucesso de qualquer intervenção. É necessário, também, entender os limites da medicina curativa, não empregando procedimentos onerosos e agressivos, que expõem o paciente a mais sofrimento e angústia.

De forma mais ampla, para que a “boa morte” seja uma realidade tangível, é fundamental que a sociedade tome consciência da terminalidade. Ter consciência permite ao ser humano reorganizar-se, encontrar novos sentidos e valores que o permitirão viver o presente com maior qualidade de vida e de forma mais intensa. Assim, o medo da morte não será mais um obstáculo para tratar de forma humana aqueles que estão vivendo o processo de morrer.

Referências

ALVES, R. S. F.; CUNHA, E. C. N.; SANTOS, G. C.; MELO, M. O. *Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida*. Psicologia: Ciência e Profissão [online], v. 39, e185734, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

BORGES, M. M.; SANTOS, R. J. *A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão*. Revista Brasileira de Educação Médica [online], v. 38, n. 2, p. 275-282, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200015>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

COMBINATO, D. S.; FERREIRA, S. T. M. *(Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde*. Mundo da Saúde, v. 36, n. 3, p. 433-441, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/73427>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. *Cuidados paliativos*. Estudos Avançados [online], v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. *Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde*. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. *Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS*. Saúde em Debate [online], v. 39, n. 106, p. 881-892, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MARTA, G. N.; HANNA, S. A.; SILVA, J. L. F. da. *Cuidados paliativos e ortotansia*. Biblioteca Setorial da Ciências da Saúde. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-550874>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MENEZES, R. A.; BARBOSA, P. de C. *A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 18, n. 9, p. 2653-2662, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>>. Acesso em: 29 jul. 2021

NASCIMENTO, D. M.; RODRIGUES, T. G.; SOARES, M. R.; ROSA, M. L. S.; VIEGAS, S. M. DA F.; SALGADO, P. DE O. *Experiência em cuidados paliativos à criança portadora de leucemia: a visão dos profissionais*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 18, n. 9, p. 2721-2728, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900027>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SEMTCHUK, A. L. D.; SANTOS, J. L. dos. *A visão dos pacientes sobre cuidados paliativos*. In: VIII EPCC – ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 2013, Maringá. Anais eletrônicos. Maringá: Centro Universitário Cesumar/CESUMAR, 2013. Disponível em: <https://www.unicesumar.edu.br/epcc-2013/wp-content/uploads/sites/82/2016/07/ana_leticia_dias_semtchuk_1.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SILVA, R. C. F. da; HORTALE, V. A. *Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área*. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000011>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SOUZA E SOUZA, L. P.; MOTA RIBEIRO, J.; ROSA, R. B.; GONÇALVES, R. C. R.; OLIVEIRA E SILVA, C. S.; BARBOSA, D. A. *A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros*. *Enfermería global*, v. 12, n. 32, p. 222-229, out. 2013. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2021.

O tema das Políticas Públicas sempre foi objeto de discussão no Estado brasileiro e na academia, a partir de abordagens oriundas das mais diversas ciências, tanto humanas quanto naturais.

Com grande técnica e precisão analítica, o trabalho “Humanização das Políticas Públicas em Saúde: olhar prático sobre o cuidado com as pessoas” reúne um conjunto de especialistas e estudantes comprometidos em reforçar a máxima de que a Saúde Pública não pode ser pensada sem se partir da premissa mais basilar possível, consistente na construção de seus objetivos através do olhar humanizado, horizontalizado, em que o problema a ser solucionado parte do cidadão para o profissional, e não seu inverso. Esse é o destaque que percorre todos os textos dessa relevante coletânea.

Diante de tal quadro é que esta obra é uma importante contribuição aos estudos dos iniciados e daqueles também mais experienciados no tema. Com linguagem clara, porém muito bem fundamentada na literatura especializada e na prática abalizada, traz ao público essa promessa de ser simples e densa ao mesmo tempo, fonte de grande atenção pelos seus leitores mais dedicados.

