

Caminhos da Saúde da Família no Nordeste

Organizadores

Michael Ferreira Machado

Josineide Francisco Sampaio

Maria das Graças Monte Mello Taveira



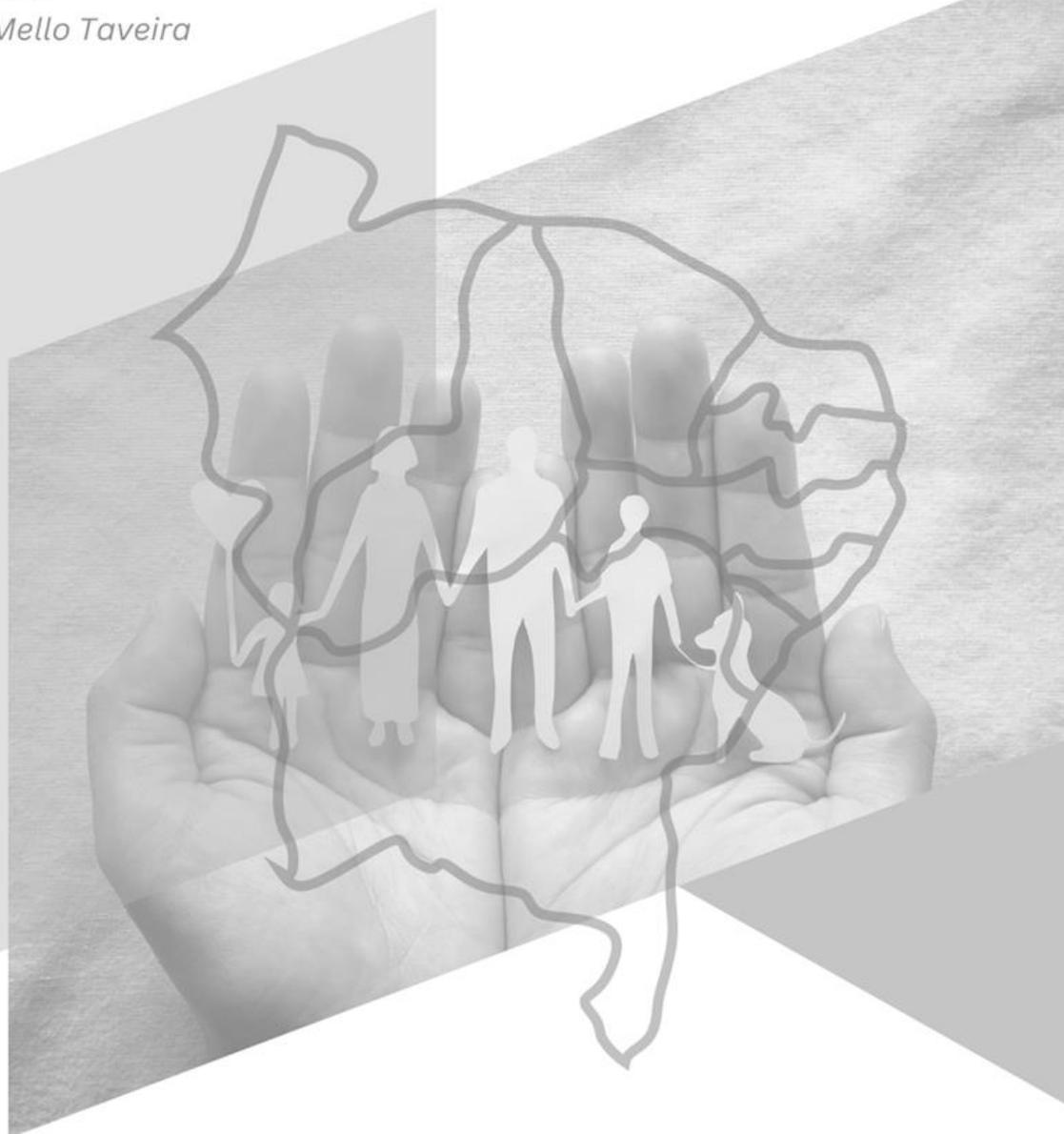
Caminhos da Saúde da Família no Nordeste

Organizadores

Michael Ferreira Machado

Josineide Francisco Sampaio

Maria das Graças Monte Mello Taveira





2023 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Higor Brito

Revisão: Os autores

Caminhos da saúde da família no Nordeste está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito aos criadores. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-5381-144-7

DOI: 10.51859/ampla.csf447.1123-0

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2023

CONSELHO EDITORIAL

Alexander Josef Sá Tobias da Costa – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Antonieile Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia

Caio Augusto Martins Aires – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe

Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista

Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas

Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí

Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba

Denilson Paulo Souza dos Santos – Universidade Estadual Paulista

Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais

Dinara das Graças Carvalho Costa – Universidade Estadual da Paraíba

Diogo Lopes de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande

Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará

Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador

Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Fredson Pereira da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Hugo José Coelho Corrêa de Azevedo – Fundação Oswaldo Cruz

Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande

Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso

Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas

João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife

Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará

Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis

Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador

Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lisiane Silva das Neves – Universidade Federal do Rio Grande

Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará

Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário

Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão

Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa

Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia

Maria Carolina da Silva Costa – Universidade Federal do Piauí

Maria José de Holanda Leite – Universidade Federal de Alagoas

Marina Magalhães de Morais – Universidade Federal do Amazonas

Mário César de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Michele Antunes – Universidade Feevale

Michele Aparecida Cerqueira Rodrigues – Logos University International

Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais

Natan Galves Santana – Universidade Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso

Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia

Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras

Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará

Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande

Rubia Katia Azevedo Montenegro – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sabryna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará

Selma Maria da Silva Andrade – Universidade Norte do Paraná

Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria

Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca

Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus

Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Thiago Sebastião Reis Contarato – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tiago Silveira Machado – Universidade de Pernambuco

Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba

Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology

Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande

Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima

William Roslindo Paranhos – Universidade Federal de Santa Catarina

Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz

Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2023 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Higor Brito

Revisão: Os autores

Catlogação na publicação
Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

C183

Caminhos da saúde da família no Nordeste / Organizadores Michael Ferreira Machado, Josineide Francisco Sampaio, Maria das Graças Monte Mello Taveira – Campina Grande/PB: Ampla, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-144-7

DOI 10.51859/ampla.csf447.1123-0

1. Região Nordeste - Brasil. 2. Saúde da família. I. Machado, Michael Ferreira (Organizador). II. Sampaio, Josineide Francisco (Organizadora). III. Taveira, Maria das Graças Monte Mello (Organizadora). IV. Título.

CDD 918.13

Índice para catálogo sistemático

I. Região Nordeste - Brasil

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2023

ORGANIZADORES

Michael Ferreira Machado

Sanitarista. Professor de Saúde Coletiva, no Curso de Medicina, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Doutor e Mestre pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Graduado pela Universidade Federal de Alagoas. Coordena o Núcleo de Estudos em Medicina Social e Preventiva - CNPq/UFAL. Docente permanente no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde da Família UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO.

Josineide Francisco Sampaio

Doutorado em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora Associada I – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL). Professora Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES). Professora Permanente e Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL).

Maria das Graças Monte Mello Taveira

Médica. Doutora em Ciências da Saúde (UFAL). Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL) e Professora Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL – ABRASCO).

AUTORES

Adilson José da Silva. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Médico (ECMAL). Médico da Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião- AL (SMS).

Adson Yvens de Holanda Agostinho. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

Bruna Stefany Rebouças França. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

Bruno Quintela Souza de Moraes. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

Cláudia Maria Freire Orestes. Mestra em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Cirurgiã-Dentista (UFAL). Odontóloga da Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Maceió - AL (SMS).

Cristina Camelo de Azevedo. Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas (IP/UFAL). Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO– ABRASCO.

Divanise Suruagy Correia. Médica (UFAL). Mestra em Saúde da Criança (UFAL). Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Professora Titular aposentada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL). Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO.

Erica Thaisa Alcantara Lima. Mestra em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Graduação em Enfermagem (UFS). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Neópolis -SE.

Hudson Renan Costa Silva. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Médico (UFAL). Médico da Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca - AL (SMS).

Isa Carolina Gomes Félix. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

Jorge Luís de Souza Riscado. (IN MEMORIAM). Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL). Professor permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO.

Luciana Rúbia Pereira Rodrigues. Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas/Arapiraca. Mestra em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Médica (ECMAL). Médica da Estratégia Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca -AL (SMS), Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca - AL (SMS).

Luís Felipe Soares de Lima Silva. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Médico (UFAL). Médico da Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Piranhas - AL (SMS).

Mara Gabriela Brasileiro de Lucena Ferreira. Mestra em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Graduação em Enfermagem (CESMAC). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Atalaia -AL.

Maria Cecília de Araújo Carvalho. Médica (UFF). Mestra em Psicologia Clínica (PUC/RJ). Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental (UFRJ). Professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ/RJ). Docente permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/FIOCRUZ – ABRASCO

Maryanne Ferreira Soares. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

Matheus Santos Duarte. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

Vanessa Almeida do Nascimento. Mestra em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Graduação em Enfermagem (UFAL). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Maceió -AL.

PREFÁCIO

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) é um programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família, apresentado à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e aprovado em 2016. O mestrado é oferecido por uma rede nacional constituída de 26 Instituições Públicas de Ensino Superior lideradas pela FIOCRUZ.

O programa conta com a retaguarda da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e com o apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e da Comunidade (SBMFC) e da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). O Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) são instituições demandantes e financiadoras deste programa.

O PROFSAÚDE é uma estratégia de formação que visa atender à expansão da graduação e da pós-graduação no país, bem como à educação permanente de profissionais de saúde, com base na consolidação de conhecimentos relacionados à Atenção Primária em Saúde (APS), à Gestão em Saúde e à Educação.

A Universidade Federal de Alagoas (UFAL) integra a rede do PROFSAÚDE desde a sua primeira turma, em 2016, inicialmente sediando como colaboradora e, posteriormente, a partir de 2019, nucleando um dos polos do mestrado e estando sob sua responsabilidade os estados de Alagoas e Sergipe.

Face a essa estratégia que visa qualificar os processos de gestão, atenção e educação em saúde, a presente obra reúne 10 capítulos nos quais são apresentados reflexões e frutos das pesquisas e estudos desenvolvidos pelos egressos e hoje Mestres e Mestras em Saúde da Família/PROFSAÚDE/ do polo UFAL.

Discorrendo um pouco mais no primeiro capítulo, “O estágio curricular supervisionado em Odontologia sob a perspectiva dos profissionais de saúde de uma unidade de saúde da família”, Orestes, Sampaio e Azevedo discutem a importância do estágio curricular realizado no âmbito da atenção primária à saúde, como uma estratégia capaz de alinhar a formação no e para o SUS, bem como fomentar a discussão sobre a integração ensino-serviço, os processos de trabalho e organização dos profissionais que atuam no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

No segundo capítulo, intitulado “Acolhimento em uma unidade básica de saúde de um município de Sergipe: percepções e organização no processo de trabalho”, Lima, Taveira e Correia a partir da pesquisa de mestrado desenvolvida pela primeira autora, apresentam a relevância do acolhimento em saúde e refletem

a potência dessa estratégia de cuidado em saúde, no contexto da atenção primária no interior de Sergipe.

No terceiro capítulo, “Escuta qualificada como instrumento do acolhimento do processo de trabalho dos profissionais de saúde na ESF”, Silva, Sampaio e Azevedo discorrem sobre os resultados da pesquisa participativa realizada no contexto da Estratégia Saúde da Família, o qual possibilitou destacar a importância da escuta qualificada no cotidiano dos serviços de saúde, como importante instrumento para qualificação do cuidado ofertado e produzido com e para a população.

O quarto capítulo, “Mortalidade infantil por causas evitáveis em raça/cor negra no nordeste brasileiro: tendência temporal 2012-2021”, desenvolvido na linha de Vigilância em Saúde, apresenta os resultados de um estudo desenvolvido por Agostinho, Félix, Soares, Nascimento e Machado, no qual são analisados os dados dos sistemas de informação em saúde e no qual destaca-se a necessidade de discutir a questão racial no âmbito da saúde e criar estratégias para combate ao racismo institucional.

No quinto capítulo, “Cartilha sobre plano de parto para gestantes em uma estratégia saúde da família”, Ferreira, Correia e Taveira discorrem sobre o processo de elaboração de um produto educacional resultante da pesquisa de mestrado desenvolvida pela primeira autora. Neste, identificou-se como objeto de estudo a necessidade de qualificação da assistência materno-infantil.

O sexto capítulo, “Indicadores da sífilis na população masculina nos estados da região nordeste, Brasil, 2010-2018”, Moares, Félix, Duarte, Nascimento e Machado, discutem, com base nos dados epidemiológicos, a necessidade de ampliar o olhar acerca da atenção à saúde masculina, na perspectiva de que existem outros agravos precisam ser visibilizados e debatidos para além da próstata, especialmente da complementaridade da saúde masculina e feminina.

No sétimo capítulo, “Percepção de gestantes sobre o cuidado no período pré-natal em uma estratégia de saúde da família”, Ferreira, Correia e Taveira analisam a percepção das gestantes acerca da atenção materno-infantil, especialmente do cuidado pré-natal, e dos desafios presentes quando este é ofertado em uma unidade básica de saúde em um contexto rural.

No oitavo capítulo, “Acolhimento e estratificação de risco em uma unidade de saúde da família”, Silva, Correia e Taveira refletem sobre o processo de acolhimento e classificação de risco em relação à demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família. Os resultados do estudo indicam que a classificação de risco não é compreendida por todos os entrevistados e seu conceito demonstrou estar ligado

apenas ao processo de triagem, evidenciando necessidade de capacitação, sensibilização e conscientização por parte dos profissionais.

No nono capítulo, “Direito à saúde da pessoa albina: histórias de vida e itinerário terapêutico e busca por ações de ruptura das iniquidades em saúde em um município do agreste alagoano”, Rodrigues, Riscado e Taveira ponderam acerca da necessidade das políticas de equidade e da garantia do direito à saúde de populações vulnerabilizadas e da importância da Atenção Primária à Saúde da garantia dos direitos, face a sua capilaridade.

No décimo capítulo, “Matriciamento: ferramenta estratégica para a rede de saúde mental”, Silva, Carvalho e Azevedo debatem a necessidade discussão acerca da saúde mental no âmbito da atenção primária e a articulação dos dispositivos presentes nos territórios adscritos com vistas à produção de cuidados em saúde mental de maneira resolutiva, territorial e humanizada.

Assim, o conjunto de textos aqui reunidos não visa produzir leituras e compreensões totalizantes, mas sim, apontamentos e reflexões desenvolvidas a partir de estudos e pesquisas desenvolvidas no cotidiano dos serviços, no contexto da pós-graduação stricto sensu em saúde da família, destacando a centralidade da APS às propostas para enfrentar os problemas de saúde.

Dessa maneira, face aos novos desafios nacionais e do cenário sanitário atual, faz-se importante visibilizar, com vistas à produção de novos (outros) diálogos no contexto da produção científica implicada e aplicada ao SUS e na interface com os gestores e trabalhadores de saúde, objetivar o fortalecimento e a qualificação da atenção, gestão e educação em saúde no país.

Prof. Dr. Michael Ferreira Machado

Profa. Dra. Josineide Francisco Sampaio

Profa. Dra. Maria das Graças Monte Mello Taveira

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM ODONTOLOGIA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	14
CAPÍTULO II - ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE SERGIPE: PERCEPÇÕES E ORGANIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO.....	29
CAPÍTULO III - ESCUTA QUALIFICADA COMO INSTRUMENTO DO ACOLHIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESF	50
CAPÍTULO IV - MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS EM RAÇA/COR NEGRA NO NORDESTE BRASILEIRO: TENDÊNCIA TEMPORAL 2012-2021.....	70
CAPÍTULO V - CARTILHA SOBRE PLANO DE PARTO PARA GESTANTES EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	81
CAPÍTULO VI - INDICADORES DA SÍFILIS NA POPULAÇÃO MASCULINA NOS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE, BRASIL, 2010-2018	91
CAPÍTULO VII - PERCEPÇÃO DE GESTANTES SOBRE O CUIDADO NO PERÍODO PRÉ-NATAL EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	102
CAPÍTULO VIII - ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	127
CAPÍTULO IX - DIREITO À SAÚDE DA PESSOA ALBINA: HISTÓRIAS DE VIDA E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E BUSCA POR AÇÕES DE RUPTURA DE INIQUIDADES EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO AGRESTE ALAGOANO	144
CAPÍTULO X - MATRICIAMENTO: FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA A REDE DE SAÚDE MENTAL.....	156

CAPÍTULO I

O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM ODONTOLOGIA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSF447.1123-1

Cláudia Maria Freire Orestes
Josineide Francisco Sampaio
Cristina Camelo de Azevedo

1. INTRODUÇÃO

A formação acadêmica tradicionalmente desenvolvida nos cursos da área da saúde, em especial na Odontologia, sempre teve como foco o desenvolvimento de habilidades técnicas voltadas às doenças bucais e clínica privada (FORTE *et al.*, 2015).

No Brasil, sucessivas mudanças significativas ocorreram no Ensino Superior em saúde com a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), que vieram estabelecer os princípios, os fundamentos e as finalidades para a formação nos cursos naquela área (BRASIL, 2021). As DCNs apontam o desafio de uma formação mais qualificada, voltada para a prática, envolvendo os sujeitos, as famílias e a comunidade dentro de seu contexto socioeconômico e cultural, respeitando valores, hábitos e costumes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dentre as características esperadas de um egresso, segundo as DCNs, podemos citar: ser generalista; humanístico e ético; apto à atuação em equipe, de forma interprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar; proativo e empreendedor, com atitude de liderança; comunicativo; crítico, reflexivo e atuante na prática odontológica em todos os níveis de atenção à saúde; consciente e participativo frente às políticas sociais, culturais, econômicas e ambientais e às inovações tecnológicas (BRASIL, 2021).

Neste contexto, o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) surge como estratégia de implementação das diretrizes curriculares do curso de Odontologia, contribuindo com o processo de formação através da conexão entre teoria e transformação da prática, efetivando-se como política pública nas diferentes áreas que compõem o Ensino Superior Brasileiro, reforçando o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na formação em saúde, de acordo com a Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990; FORTE *et al.*, 2015; SANTOS, 2019).

Diante do exposto, e com finalidade de aprimorar o desenvolvimento do ECS em odontologia em uma Unidade de Saúde da Família (USF), o presente estudo tem como objetivo geral analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre o Estágio Curricular Supervisionado da área Odontologia, em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O objetivo geral do ECS consiste no desenvolvimento de ações de atenção à saúde geral e bucal no âmbito de instituições públicas, privadas e/ou filantrópicas, pautadas no planejamento estratégico situacional aplicado no contexto da promoção e prevenção de saúde, em parceria com gestores, equipes de saúde e comunidade (PEQUENO; MARQUES; MONTE, 2021).

O campo de estágio em Unidades Básicas de Saúde (UBS), especialmente da Estratégia de Saúde da Família (ESF), contribui para o aprofundamento do conhecimento e, conseqüentemente, para a qualificação da formação dos futuros profissionais de saúde, pois estimula a responsabilidade, o olhar crítico, a capacidade de tomada de decisão e o domínio da prática (WEBER *et al.*, 2018; LUZ, TOASSI, 2016).

Para Finkler *et al.* (2019), essa aproximação da realidade e as novas ferramentas pedagógicas alicerçadas em metodologias ativas exigem habilidades do docente na mediação entre a problematização do cotidiano — nas relações educando e trabalhadores da rede, e educando e comunidade —, tendo em vista que o trabalho na Atenção Básica é desenvolvido de forma coletiva, multiprofissional e colaborativa, tornando os agentes envolvidos interdependentes e suas relações essenciais à promoção do cuidado humano integrado (MUNÕZ; FREITAS; SOUZA, 2020).

Percebe-se que, ultrapassando os muros da universidade e ampliando os cenários de aprendizagem, surgirão outros atores importantes no desenvolvimento das habilidades e competências: os trabalhadores da rede de saúde, os gestores dos serviços de saúde e a comunidade. Essa nova dinâmica exigirá dos docentes o constante exercício de pactuações, de mediação e de respeito à autonomia dos sujeitos, bem como respeito aos espaços de produção do cuidado em saúde (FORTE *et al.*, 2015).

3. MÉTODO

Este estudo, caracterizado como exploratório descritivo e de abordagem qualitativa, foi desenvolvido no decorrer do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), da

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), polo Universidade Federa de Alagoas (Ufal). A escolha dessa abordagem se deu em virtude de não buscarmos estudar o estágio em si, mas a opinião dos profissionais de saúde envolvidos na sua realização e sua significação, individual ou coletiva, a partir das vivências e experiências cotidianas (TURATO, 2005), visando ações transformadoras da realidade em questão, na governabilidade local. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Ufal com CAAE de número 53416121.5.0000.5013.

Com o intuito de analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre o ECS da área de Odontologia, em uma USF, foi necessária a participação ativa dos profissionais de saúde que dela fazem parte. Este estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maceió, Alagoas, que não será identificada a fim de evitar a quebra de sigilo.

Nesta UBS atua apenas uma Equipe de Saúde da Família. Participaram da pesquisa 9 profissionais, a saber: médica (n=1); enfermeira (n=1); técnica de enfermagem (n=2); agentes comunitárias de saúde (n=4); e auxiliar de saúde bucal (n=1).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa: a) profissionais atuantes na ESF; b) profissionais da ESF em exercício no período de desenvolvimento da pesquisa; c) profissionais da ESF que acompanhassem ou já tivessem acompanhado atividades realizadas nos ECS; d) profissionais atuantes há pelo menos 6 meses na unidade de saúde e que tivessem, no momento da pesquisa ou anteriormente, contato com os estagiários e com as atividades desenvolvidas nos ECS; e) os que voluntariamente optaram por participar da pesquisa. Não foram incluídos os profissionais afastados do trabalho por licença médica ou qualquer outro motivo ou os que faziam parte dos grupos de risco para Covid-19.

Vale salientar que, no momento de realização da pesquisa, o contexto epidemiológico foi marcado pela pandemia provocada pelo Sars-Cov-2, vírus responsável pela doença conhecida como Covid-19. Sendo assim, em virtude da necessidade de contato e interação entre os participantes, foram adotadas todas as medidas preconizadas pelas organizações sanitárias para sua realização. As restrições impostas pelas autoridades sanitárias e governamentais geraram a necessidade de adequação do estudo para a proteção de todos os participantes voluntários.

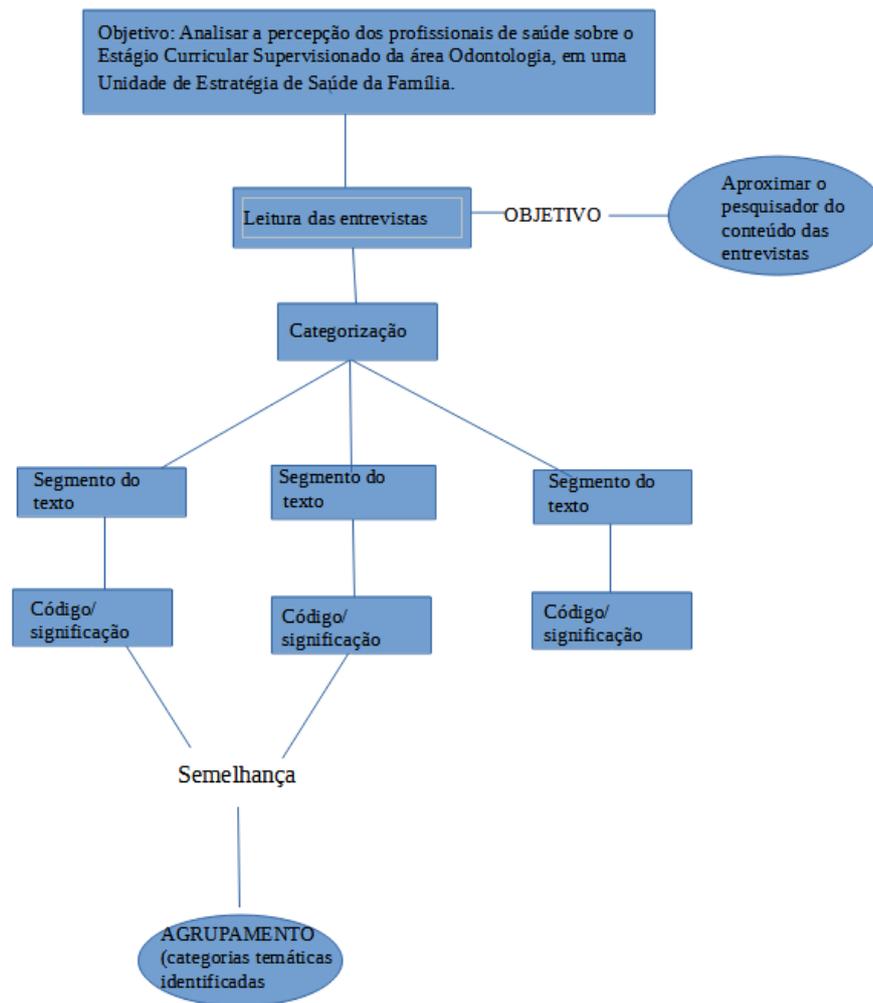
A coleta de dados ocorreu em março de 2022. Foram realizadas entrevistas, por meio de um roteiro semiestruturado, em que as perguntas que nortearam o estudo incluíram:

1. De quais atividades realizadas no Estágio Supervisionado em Odontologia você participa/ou, acompanha/ou?
2. Existe alguma dificuldade na realização dessas atividades? Se sim, quais?
3. Do seu ponto de vista, considera que as ações contribuem com o serviço? Se não, justifique. Se sim, de que forma?
4. Você enxerga dificuldades ou potencialidades nesse processo? Fale sobre elas.
5. Existe alguma ação que você observe como faltante, que possa ser desenvolvida pelos estagiários ou preceptores, e considere importante para o serviço realizado na Unidade?
6. Como é, para você, a presença do estagiário na Unidade?
7. Gostaria de acrescentar algo que não foi perguntado?

As entrevistas ocorreram individualmente e foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade de data, hora e local da preferência dos participantes, buscando zelar pela qualidade do material a ser coletado, bem como garantir a privacidade e a confidencialidade dos entrevistados. Foram obedecidos os critérios de proteção contra o coronavírus, como o uso de máscara e álcool em gel. As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

No processo de interpretação dos dados, provenientes da transcrição das entrevistas, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, caracterizada como conjunto de “[...] técnicas de análise das comunicações” em que considera essencialmente as falas dos sujeitos (BARDIN, 2011). Tal técnica de análise se divide em três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (Figura 1).

Figura 1 – Identificação das categorias



Fonte: adaptado de Bardin (2011).

Ao final do processo de agrupamento, emergiram 4 categorias: “Ações desenvolvidas no ECS”, “Dificuldades no ECS na visão dos profissionais”, “Sugestões oferecidas pelos profissionais” e “Contribuições do ECS na visão dos profissionais”.

4. RESULTADOS

A partir do perfil dos entrevistados, foi possível estabelecer sua caracterização com base nas seguintes variáveis: gênero, idade, profissão, tempo de atuação e escolaridade.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do estudo

Participante	Gênero	Idade	Profissão	Tempo de atuação na unidade	Escolaridade
P1	M	56	ACS	23 anos	Ensino médio
P2	F	47	ACS	14 anos	Ensino superior
P3	F	50	ACS	24 anos	Ensino superior
P4	F	60	ACS	24 anos	Ensino superior
P5	F	49	Técnica de enfermagem	21 anos	Ensino superior
P6	F	52	Técnica de enfermagem	24 anos	Pós-graduação (Especialização)
P7	F	64	Enfermeira	20 anos	Pós-graduação (Mestrado)
P8	M	36	ASB	13 anos	Ensino superior
P9	F	70	Médica	1 ano	Pós-graduação (Especialização)

Fonte: elaborado pelas autoras com dados da pesquisa.

4.1. Atividades desenvolvidas no ECS

Sobre a primeira categoria, os resultados evidenciaram que as ações desenvolvidas no ECS em Odontologia que contaram com a participação dos profissionais foram: visitas domiciliares, aplicação de flúor em creches, escolas e nas microáreas, atividades educativas, consulta compartilhada e atendimento clínico odontológico.

Cinco dos profissionais entrevistados mencionaram ter realizado/acompanhado visitas domiciliares (ACS e ASB), três mencionaram aplicação de flúor em creches, escolas e nas microáreas (ACS, ASB e Técnica de enfermagem), oito mencionaram atividades educativas (Enfermeira, ACS, ASB e Técnicas de enfermagem), um mencionou consulta compartilhada (Enfermeira) e um mencionou atendimento clínico odontológico (ASB).

Nos relatos dos entrevistados, foi possível perceber que as ações citadas relacionam-se diretamente à função por eles exercida na estratégia, sendo mais comum as visitas domiciliares serem acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde, enquanto salas de espera e eventos de promoção e educação em saúde pela maioria dos profissionais (ACS, ASB enfermeira, técnicas de enfermagem), enquanto a consulta compartilhada é acompanhada apenas pela enfermeira, e o atendimento clínico odontológico, pelo auxiliar de saúde bucal.

P7: aqui as atividades que a gente realiza junto com os alunos de Odontologia tem sido quase 90%. Nós fazemos atividades com eles em educação em saúde, em sala de espera, fazemos educação em saúde também em grupos operativos, como os grupos de gestantes e de crianças, também fazemos as consultas compartilhadas com a criança (Enfermeira).

A fala supracitada aponta a ampliação das práticas para além do foco na doença, incluindo a prevenção e a promoção de saúde, sendo de grande importância para a reorientação da formação em saúde e para a consolidação do SUS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Dos profissionais entrevistados, apenas um, mesmo tendo acompanhado o desenvolvimento de algumas atividades dentro na UBS, não se envolveu diretamente com elas.

As atividades desenvolvidas pelos alunos decorreram de necessidades locais, tomando por base as demandas do serviço e as ações em andamento ou planejadas pela equipe de saúde, o que favorece a percepção a ser desenvolvida pelo estudante acerca do outro no cotidiano do cuidado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

4.2. Dificuldades no ECS na visão dos profissionais

No que concerne às dificuldades na realização das atividades junto aos estudantes, a maioria dos entrevistados afirmou que não há dificuldades, pois são atividades já realizadas na rotina do serviço.

P1: não, não existe dificuldade nenhuma porque a visita é feita constantemente durante a semana e eles acompanham o agente de saúde justamente para complementar a visita que é feita, porque basicamente a gente procura hipertenso, diabético, a gestante, o idoso, e quando é acompanhado pelo aluno de odontologia, ele complementa a visita vendo a saúde bucal dos pacientes (ACS).

Entretanto, vale ressaltar que foram citadas limitações referentes à logística da visita domiciliar e também ao número de estudantes.

P7: as dificuldades que a gente tem, uma das maiores, é quando a gente vai pra área porque o transporte é pequeno, ele não comporta o número de pessoas que precisam ir pra esse momento. Tem o pessoal de odontologia, tem os alunos de outros cursos [...] (Enfermeira).

P4: a dificuldade é a questão do carro, a questão da casa do paciente que, às vezes é muito pequena e são muitos alunos [...] (ACS).

Em um trabalho realizado com profissionais da ESF, a dificuldade mais citada em relação às visitas domiciliares foi a falta de transporte (COTTA *et al.*, 2006).

Outra dificuldade relatada com frequência nas entrevistas foi a quantidade de estudantes, em virtude da infraestrutura deficiente do local onde o ECS é desenvolvido.

P6: por mais que a gente veja que o número de alunos é grande (refere-se aos estagiários de Enfermagem, Medicina e Odontologia), que muitas vezes não estão acomodados da forma ideal, pois a nossa unidade não comporta, já que é menor que as demais unidades padrão (Técnica de Enfermagem).

A fala aponta para a deficiência na infraestrutura da unidade, em vista da quantidade de alunos que recebe.

Segundo Ramos *et al.* (2022), os locais de estágio devem possibilitar experiências com qualidade, sem prejuízo para o processo de trabalho dos profissionais atuantes nos serviços, bem como para a assistência prestada em virtude do excesso de estagiários, a fim de não gerar desmotivação e desresponsabilização na execução das atividades (MATTOS, CACCIA, 2004; RONZANI, SILVA, 2008).

Outro ponto de destaque levantado nas entrevistas foi a motivação do discente como determinante para o bom desenvolvimento das ações propostas.

P6: dificuldade não existe, mas isso vai depender da turma que esteja atuando na unidade, tem turma que é mais atuante, aí dá para desenvolver melhor as atividades, enquanto outras turmas são menos participativas, vamos assim dizer, aí não tem como a gente nem ter aproximação para desenvolver as atividades (Técnica de Enfermagem).

P3: e a proatividade do aluno, porque há alunos que vão, que conversam, eles examinam a boca, eles orientam. Há outros que ficam parados, não fazem nada e a gente fica sem saber se essa é a postura correta ou se é pra eles agirem de uma forma mais atuante (ACS).

Peduzzi (2001) destaca que a motivação do discente é uma grande responsável por impulsionar o desenvolvimento profissional tanto teórico como prático. Nesse sentido, Canoletti (2008) afirma que a falta de motivação dos estudantes durante a execução das atividades do ECS prejudica a aprendizagem e o desenvolvimento de reflexão crítica dos assuntos abordados.

Para Garcia *et al.* (2018), a ausência de compromisso e responsabilidade durante o ECS é uma situação delicada, visto que o discente está formando sua identidade profissional e, conseqüentemente, tais características poderão compor sua futura prática profissional. Silva *et al.* (2022) consideram que a experiência do estágio contribui para o exercício da proatividade por parte dos estudantes, por estarem inseridos em um cenário distinto ao da universidade e serem sujeitos ativos no processo ensino-aprendizagem.

Outra questão levantada quando questionados sobre as dificuldades foi a necessidade do desenvolvimento de habilidades para melhor execução das atividades do ECS.

P4: eu acredito que se eles (alunos) falarem mais o nome deles... Eu percebo que eles, na sala de espera, eles se preocupam muito com o tema abordado, porém eles esquecem de se apresentar, de falar o nome deles, de perguntar o nome daqueles pacientes, de dar um bom dia legal, um sorriso (ACS).

Segundo Silveira *et al.* (2020), a comunicação e a interação dos estudantes com a comunidade são habilidades bem valorizadas pelos profissionais do SUS, que sugerem a necessidade de melhoria destas. Carvalho *et al.* (2021) afirmam que a comunicação ainda é uma habilidade pouco trabalhada no curso de Odontologia, algo considerado uma falha, tendo em vista que a boa comunicação é uma ferramenta fundamental para o estabelecimento de uma boa relação entre profissional e paciente, devendo ser treinada (FORTE *et al.*, 2019).

Segundo Benito *et al.* (2012), o amadurecimento profissional ocorre como consequência da vivência prática do estágio no contexto social e do trabalho quando os acadêmicos se deparam com situações reais e diferenciadas, exigindo destes uma atenção com mais qualidade, habilidade e segurança, ao articular o conhecimento teórico com o fato vivenciado.

Observações referentes ao relacionamento interpessoal com os estagiários também foram suscitadas pelos profissionais, tendo em vista que este relacionamento é de extrema importância, já que o trabalho é realizado de forma multi e interdisciplinar.

P2: os estagiários quando chegam aqui não procuram se aproximar da equipe, eles não procuram os profissionais do posto, a não ser a dentista. (ACS).

P6: falta essa questão da socialização conosco. Muitos alunos chegam e fazem aquela amizade, conversam conosco, então o processo de trabalho já fica natural para gente, mas, às vezes, vem turmas que a gente não consegue uma integração, a gente vai com eles, mas sem essa simpatia, vai porque tem que ir (ACS).

Santos *et al.* (2022) destacam a importância da boa construção do vínculo e da interação entre profissionais e estudantes para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo. O vínculo profissional é uma relação humana entre trabalhadores, reunidos para um trabalho em conjunto, visando atingir as mesmas finalidades e objetivos (THOFEHRN, LEOPARDI, 2006; BREHMER, RAMOS, 2014). Deve-se salientar, porém, que as pessoas são diferentes e que seus pontos de vista devem ser respeitados (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

Outra dificuldade apontada nas entrevistas foi a falta de um planejamento e avaliação em conjunto com as IES.

P7: o que eu acho que ainda que a gente ainda peca é no planejamento e na avaliação. Por mais que a gente integre as ações dentro do serviço junto com o aluno, mas a gente não teve ainda um planejamento integrado com a universidade. Eles fazem o planejamento em março e já chegam aqui com a pasta pronta para se integrar no serviço. Então se tivesse esse momento ampliado, com certeza seria melhor, como também a avaliação de resultados (Enfermeira).

O estudo de Kuabara *et al.* (2014) relatou dificuldades entre os atores envolvidos no processo de Integração Ensino-Saúde-Serviço-Comunidade que impactam no processo de trabalho e na aprendizagem do estudante, bem como no cuidado ao usuário.

Segundo Narvai e Noro (2022), a função estratégica do ECS apenas pode ser alcançada através do planejamento participativo de todos os envolvidos. Assim, unidos por objetivos comuns e respeitados os objetivos das partes, as limitações e dificuldades podem ser superadas em um movimento de reciprocidade. Para tal, o diálogo é ferramenta fundamental e a base para fortalecer a IESC (BREHMER; RAMOS, 2014).

4.3. Sugestões oferecidas pelos profissionais

Durante a realização das entrevistas, os profissionais se sentiram confortáveis para fazer sugestões que, segundo estes, ajudariam no desenvolvimento das atividades e na própria experiência do ECS, dentro da governabilidade local. No que se refere ao número de estudantes por ACS, a sugestão foi de que seria interessante limitar o número de estudantes para cada ACS.

P6: acho que deveria ser definido um estagiário acompanhando um agente, porque além de criar um vínculo na área que ele está atuando, ele vai ter mais contato, mais espaço, mais facilidade para explicar o que ele foi desenvolver na área (ACS).

Segundo a fala, a disposição de um estudante de Odontologia para um ACS possibilitaria o estreitamento de relação entre estes profissionais, promovendo um vínculo maior com o ACS e também com a comunidade. Para Silveira *et al.* (2020), a IESC potencializa a interação entre os sujeitos envolvidos no ensino-aprendizagem e no cuidado. São valorizados aspectos como o contato com a realidade da comunidade e mudanças comportamentais e éticas. O contato com a realidade do sujeito e do território, bem como a vivência com a equipe e os usuários, promove empatia e possibilita a compreensão do processo saúde-doença.

Foi sugerido ainda um momento de integração com todos os profissionais da equipe antes do início das atividades do ECS.

P3: [...] uma coisa que eu sinto e que não sei se seria uma ação é que quando eles chegassem na unidade, eles fossem apresentados a gente (os profissionais), não individualmente, mas tivesse esse momento para a gente entender o que eles vieram fazer. Eu sinto falta disso. A gente já vai para ação com eles, mas sem entender muito o que eles teriam que fazer (ACS).

P4: eu acho que a gente deve sempre conversar com eles, mostrando a importância que eles tem na unidade, porque muitas vezes, eles chegam, eles

não conhecem, nunca vieram para um posto de saúde, eles não conhecem essa realidade, precisam de uma orientação mesmo (ACS).

A fala aponta a existência de um distanciamento de alguns envolvidos em relação às atividades do ECS e a necessidade de se estabelecer um diálogo mais próximo. Henriques (2005) afirma que isto se deve à ausência de canais adequados de expressão e ressalta a necessidade de se estabelecer um diálogo que possibilite um fazer diferenciado, que assuma concepções acerca do cuidado, dos processos e organização do trabalho, da gestão e da escuta do usuário.

Portanto, no âmbito do estágio curricular, o planejamento deve receber a devida importância na construção de um processo de ensino-aprendizagem. Para isso, o planejamento deve ser fundamentado na dialogicidade, a partir da valorização dos conhecimentos acadêmicos, do respeito à experiência concreta advinda do mundo do trabalho e atenção às demandas dos usuários dos serviços de saúde (RODRIGUES; TAVARES, 2012).

4.4. Contribuições do ECS segundo os profissionais

As potencialidades do ECS foram citadas de diversas formas nas entrevistas, tanto na ampliação da quantidade e diversidade de ações realizadas, quanto na logística para o desenvolvimento de algumas ações.

P3: quando há o comprometimento do aluno na visita domiciliar mesmo, eles conseguem sensibilizar o paciente para o autocuidado, pra frequência ao serviço, porque a gente já tá, eu sou agente de saúde, a gente tá continuamente na área e quando vai o profissional, o estudante, eles impressionam mais, eles impactam mais (ACS).

P6: agora, quando eles se envolvem, eles fazem doações, às vezes o serviço não ia nem funcionar e eles fazem, eles trazem doações e ajuda nessa questão do atendimento clínico ao paciente (ACS).

Uma das falas sugere que, diante de situações adversas, os estudantes foram capazes de desenvolver e fortalecer a autonomia e tomar decisões (SILVA *et al.*, 2022; TOASSI *et al.*, 2012), estimulando a capacidade de adaptação e gerenciamento de situações adversas, que dificilmente ocorreria no cenário acadêmico.

A IESC se configura como propiciadora de metodologias ativas caracterizadas pela problematização, potencializando a autonomia intelectual. Inseridos no contexto, os estudantes se deparam com os problemas da população e do serviço, desenvolvendo habilidades para intervir nos cenários e tomar decisões (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

A troca de saberes também foi citada como potencialidade do ECS.

P8: [...] fora as informações novas que eles estão estudando agora na universidade, então eles trazem informações vamos dizer assim: quantíssimas (ASB).

P7: eu acho ótima, é uma troca de experiências, eles trazem informações novas pra gente (Enfermeira).

Em estudo realizado com egressos do curso de Odontologia, a comunicação e o compartilhamento de informações com a equipe e com os usuários foram bastante valorizados no processo de aprendizagem e formação profissional (BUSATTO; TREIN; ROSSONI, 2021). Essa troca mútua de conhecimento no ensino-serviço decorre do compartilhamento de saberes através das práticas com os alunos e do trabalho em equipe. Estes também trazem informações atualizadas sobre novos conceitos, novas terapêuticas e novos tipos de metodologias do cuidado (SANTOS, MIRANDA, 2016; FORTE *et al.*, 2015).

O ECS, portanto, vem contribuir para a melhoria da qualidade do serviço, tendo em vista a necessidade de atividades de educação permanente, o que impacta indiretamente na qualificação da atenção à saúde (NARVAI; NORO, 2022).

Outra potencialidade citada foi a ampliação do número de ações/atividades realizadas:

P8: o número de eventos que eles promovem que são muito maiores do que se só tivesse eu e a dentista (ASB).

A fala aponta o estudante como alguém que colabora com o serviço e potencializa o trabalho, ampliando a cobertura. Nesse sentido, estudo de revisão (MENDES *et al.*, 2018) identificou a ampliação de atividades diferenciadas nas unidades de saúde como consequência positiva da IESC, bem como a melhoria da qualidade do serviço. Toassi *et al.* (2012) afirmam ainda que o estágio propicia a mudança de olhar sobre a prática, favorecendo a realização de um número maior de atividades clínicas no serviço e de atividades coletivas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o ECS em Odontologia necessita de análise e planejamento conjunto com os preceptores dos outros estágios, gestão (coordenação de saúde bucal) e IES (coordenação do ECS), bem como toda a equipe, para adequar a quantidade de estagiários na unidade em questão. Apesar de os profissionais de saúde enxergarem as contribuições dos estudantes para a ampliação das ações desenvolvidas, seja pelo engajamento ou pelas contribuições feitas por eles, entendem que sua motivação é tida como fator primordial para o desenvolvimento das

atividades e estreitamento do vínculo com os profissionais e a ESF, interferindo diretamente na aprendizagem e no desenvolvimento de reflexão crítica das questões práticas abordadas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BENITO, G. A. V. *et al.* Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 172-178, 2012.

BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. Práticas de integração: reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 573-7, 2013.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, sec. 1, p. 18055-18059, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. Brasília, DF, 2021.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 1, n. 16, p. 228-37, 2014.

BUSSATO, J. R.; TREIN, R. C.; ROSSONI, E. Construção de competências colaborativas para o trabalho em saúde nos estágios curriculares de Odontologia no SUS. **Revista ABENO**, v. 21, n. 1, p. 908, 2021.

CANOLETTI, B. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem**: Análise sistemática da literatura. 2008. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

CARVALHO, S.C. *et al.* Estágio curricular supervisionado: percepção de estudantes de Odontologia e consonância com propostas curriculares. **Revista ABENO**, v. 21, n. 1, p. 977, 2021.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COTTA, R. M. M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviço em Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

FINKLER, R. U. *et al.* Preceptoria: acolhimento do estudante na atenção básica em saúde. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 1, p. 01-17, 2019.

FORTE, F. D. S. *et al.* Reorientação da formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre os estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, v. 19, p. 31-43, 2015.

FORTE, F. D. S. *et al.* Olhar discente e a formação em Odontologia: interseções possíveis com a Estratégia de Saúde da Família. **Interface**, v. 23, 2019.

GARCIA, S. D. *et al.* Internato de enfermagem: conquistas e desafios na formação do enfermeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 319-36, 2018.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS, 2005.

KUABARA, C. T. M. *et al.* Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **REME**, v. 18, n. 1, p. 195-201, 2014.

LUZ, G. W. E.; TOASSI, R. F. C. Percepções sobre o preceptor cirurgião-dentista da Atenção Primária à Saúde no ensino da Odontologia. **Revista ABENO**, v. 16, n. 1, p. 2-12, 2016.

MATTOS, A. T. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 1, p. 36-45, 2004.

MUNÓZ, R. L. S.; FREITAS, J. A. C.; SOUZA, E. S. S. Qualificação Docente para a Formação Profissional no Sus. *In*: MUNÓZ, R. L. S.; SOUZA, E. S. S (org.). **Educação na Saúde para o Fortalecimento do SUS**. João Pessoa: UFPB, 2020. p. 18-40.

NARVAI, P. C.; NORO, L. Estágio curricular obrigatório no SUS: saber aonde ir, para não ser levado a qualquer lugar. **Revista ABENO**, v. 22, n. 2, p. 1624, 2022.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEQUENO, L. L.; MARQUES, P. L. P.; MONTE, I. C. Aspectos metodológicos e operacionais do Estágio Extramuro em universidade privada no Nordeste brasileiro. **Revista ABENO**, v. 21, n. 1, p. 1.621, 2021.

RAMOS, T. K. *et al.* Estágio Curricular Supervisionado: atribuições e limitações na perspectiva do enfermeiro supervisor, docente orientador e gestor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 3, 2022.

RODRIGUES, L. M. S. R.; TAVARES, C. M. M. Estágio supervisionado de enfermagem na atenção básica: O planejamento dialógico como dispositivo no processo ensino-aprendizagem. **Revista Rene**, v. 13, n. 5, p.1075-83, 2012.

SANTOS, A. S. *et al.* Formação em odontologia para além dos muros da Universidade: relato de experiência do estágio na estratégia saúde da família. **Revista ABENO**, v. 22, n. 2, p. 1678, 2022.

SANTOS, J. M. O. Estágio curricular supervisionado na educação superior brasileira: desafios e solicitações de sua implementação. **Laplage em Revista**, p. 3-5, 2019.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Articulação ensino-serviço na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Revista APS**, 2016.

SILVEIRA, J. L. G. *et al.* Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface**, v. 24, 2020.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria dos Vínculos Profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 409-17, 2006.

TOASSI, R. F. C. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação em Odontologia. **Educação em Revista**, v. 28, p. 223-242, 2012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Saúde Pública**, v. 39, n. 3, 2005.

WEBER, C. *et al.* Integração ensino-serviço-gestão na saúde bucal em Santa Maria e região: relato de experiência em estágio curricular acadêmico e Residência Multiprofissional. **Revista ABENO**, v. 17, n. 4, p. 144-152, 2018.

CAPÍTULO II

ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE SERGIPE: PERCEPÇÕES E ORGANIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSF447.1123-2

Erica Thaisa Alcantara Lima
Maria das Graças Monte Mello Taveira
Divanise Suruagy Correia

1. INTRODUÇÃO

Cuidados primários de saúde correspondem ao primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde dos indivíduos, família e comunidade. Por meio deles, os cuidados em saúde são direcionados ao mais próximo possível onde as pessoas vivem e trabalham (WHO, 1978).

Um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) é a sua constituição como serviço de primeiro contato e para tanto é necessária eliminação de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais. Ou seja, o acesso deve ser garantido principalmente através dos serviços de APS devido a sua proximidade com o usuário e facilitação do desenvolvimento de vínculo longitudinal (STARFIELD, 2004).

Com a constituição de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e equânime a serviços de saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2016). Várias políticas foram e são instituídas para a viabilização dos princípios e diretrizes do SUS e, dentre elas, temos a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003. Essa política buscou produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar, promovendo a comunicação entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários na construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto (BRASIL, 2013a).

O acolhimento está entre as diretrizes da PNH, em que se traduz uma escuta qualificada às necessidades do usuário oferecida pelos trabalhadores, possibilitando a garantia do acesso oportuno à tecnologia adequadas a essas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2013a). Vem sendo implantado progressivamente em unidades de

emergência/urgência, programas de extensão universitária, estágios curriculares e equipes de Saúde da Família (eSF) (PAIM, 2012).

Segundo a Portaria nº 2436 de 23 de setembro de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca a Atenção Básica como porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). No princípio da universalidade, a Atenção Básica possibilita o acesso universal e contínuo, sendo porta de entrada aberta e preferencial da RAS, acolhendo os indivíduos e promovendo a vinculação e corresponsabilização (BRASIL, 2017).

Após contextualização realizada acerca do acolhimento como tecnologia estruturante para prática profissional, a presente pesquisa tem como objetivo conhecer a compreensão dos profissionais e usuários sobre a organização e realização do acolhimento no processo de trabalho em uma unidade básica de saúde do município de Neópolis, Sergipe, Brasil.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Acolher é uma prática constitutiva das relações de cuidado. No processo de implantação/reestruturação das práticas de acolhimento, é preciso levar em conta os diferentes sentidos, como: mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; postura, atitude e tecnologia de cuidados; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2013a). Assim, é instituído para ampliar o acesso e efetivar a missão da APS como principal porta de entrada do sistema. Busca o resgate da agilidade do acesso e o aumento da equidade e da resolutividade do primeiro contato (BRASIL, 2013a; TESSER *et al.*, 2018).

O acolhimento na eSF deverá ser de acordo com as necessidades locais, favorecer a escuta qualificada dos usuários, disponibilizar espaços para efetivação do controle social, articular membros da equipe, promover comunicação e mudanças no processo de trabalho e estar interligado a todos os níveis de atenção à saúde, firmando parcerias entre comunidade, equipe e gestão (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Resultados de estudo realizado por Oliveira *et al.* (2019) em uma unidade de APS localizada em uma cidade metropolitana da região sudeste do país, apontam o acolhimento como ferramenta de qualidade do SUS, visto que pode levar a mudanças na relação estabelecida entre profissionais e usuários. Deste modo, proporciona benefícios na corresponsabilização dos sujeitos na saúde, fomentando também a ressignificação relacionada a produção do cuidado.

O acolhimento é indicado como uma forma de possibilitar ao usuário acesso a um atendimento justo e integral de modo multiprofissional e intersetorial. Se realizado de modo

desarticulado e pontual, pode ficar reduzido a uma atividade de triagem, descaracterizando sua principal função (COUTINHO *et al.*, 2015).

Souza *et al.* (2021), ao analisarem o acesso à Atenção Básica no Brasil no período de 2012 a 2018, verificaram que, com relação ao acolhimento à demanda espontânea, a maioria das equipes implantaram e/ou qualificaram, atentando-se à: inclusão de atendimento às urgências, melhoria dos modos de organização da agenda e qualificação dos modos de agendamento, diminuindo tempo de espera. Apesar desses resultados, ainda persistiam problemas recorrentes que necessitam de enfrentamento para melhoria do acesso à Atenção Básica no país.

A pesquisa ocorreu na Unidade Básica de Saúde Centro II, localizada na zona urbana do município de Neópolis, Sergipe, Brasil. O município tem população de 18.506 pessoas, de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), pertence à Regional de Saúde do município de Propriá e conta com 08 eSFs, possibilitando cobertura de 100% da população (BRASIL, 2021). O município tem também 04 equipes de Saúde Bucal e um Centro de Atenção Psicossocial. A unidade lócus da pesquisa tem 01 eSF com 08 microáreas e não tem equipe de Saúde Bucal.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado com 13 profissionais de saúde e 10 usuários da Unidade Básica de Saúde Centro II da zona urbana do município de Neópolis, Sergipe. Foi desenvolvido no decorrer do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/FIOCRUZ/UFAL. A coleta de dados com os usuários iniciou-se em 22 de março de 2022 até o dia 05 de maio de 2022, e com os profissionais, entre os dias 01 e 18 de abril de 2022.

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: ser profissional da UBS e atuar na unidade de saúde por período igual ou maior que um ano. Como critérios de exclusão: profissionais afastados no período da pesquisa por motivo de doença, férias ou algum outro tipo de licença. Para seleção dos usuários, foram adotados os seguintes critérios: ser maior de 18 anos de idade e estar cadastrado na UBS há um período igual ou maior que um ano. Como critérios de exclusão, teve-se: usuários acamados e com transtornos mentais.

A seleção dos profissionais de saúde foi de forma intencional, com todos os que trabalham na referida unidade. Quanto aos usuários, foram selecionados por sorteio simples aleatório, com representação das 08 microáreas que pertencem ao território de atuação da UBS.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com perguntas abertas mediadas por roteiros elaborados pela pesquisadora, com 09 perguntas para os profissionais e 07 perguntas para os usuários. Ocorreu a realização de pré-teste dos dois roteiros de entrevista com o objetivo de identificação de possíveis ambiguidades e análise de nitidez dos termos e expressões.

As entrevistas foram aplicadas de modo individual pela pesquisadora, uma vez que não houve conflito de interesse, em local reservado na UBS, gravadas em áudio eletronicamente e foram respeitadas as normas de biossegurança para enfrentamento da COVID-19. Os sujeitos foram codificados para garantir o anonimato.

Foram realizadas com 13 profissionais que desenvolvem atividades na unidade básica Centro 2, sendo 01 médico da eSF, 01 auxiliar de enfermagem da eSF, 01 auxiliar de enfermagem de ambulatório, 01 auxiliar de serviços de saúde (administrativo), 08 agentes comunitários de saúde (ACS) e 01 serviços gerais. Apenas 01 profissional é do sexo masculino e 12 profissionais são do sexo feminino. A idade varia entre 35 e 63 anos. A maioria dos profissionais faz parte do quadro de funcionários efetivos.

Quanto aos usuários, todas as entrevistadas foram mulheres. A idade variou entre 21 e 67 anos. Com relação à escolaridade, 06 com ensino médio, 01 nível superior e 03 ensino fundamental incompleto.

A análise de dados foi embasada na teoria de análise de conteúdo, em quatro fases, seguindo recomendação de Malheiros (2011). A primeira fase se constituiu na organização dos dados, analisando as respostas e buscando as ideias que emergem delas. Foi realizada uma pré-análise dos dados através de uma leitura aprofundada, objetivando identificação de categorias. Na segunda fase houve elaboração de uma planilha para identificação dos sentidos, composta pelas ideias explícitas (categorias provisórias) e ideias implícitas (focos). A terceira fase compreendeu a procura da resposta à pergunta da pesquisa, por meio da identificação das unidades de registro, relacionando a fala com o foco ou tema. A quarta fase envolveu duas planilhas, em que, na primeira, houve a interpretação dos focos e suas unidades de registro, e a segunda abrangeu a elaboração das categorias e suas respectivas subcategorias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sendo aprovada pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), Processo nº 53407021.8.0000.5013. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas realizadas abordaram a percepção do acolhimento dos profissionais e usuários e sua organização na Unidade Básica de Saúde. Em busca de responder à questão norteadora deste artigo, a análise dos dados permitiu a organização em 02 categorias: Percepção do acolhimento e Acolhimento no Processo de Trabalho. As categorias identificadas estão representadas no Quadro 1, com suas respectivas subcategorias.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias de análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Percepção do acolhimento	Nas relações Na qualidade do atendimento Na rotina de trabalho Na qualificação profissional
Acolhimento no Processo de trabalho	Dificuldades e Barreiras de acesso Fluxo dos usuários na Unidade Básica de Saúde

Fonte: elaborado pelas autoras.

Categoria 1:

Percepção do acolhimento

A percepção é vista como uma relação complexa e, segundo Smith (2014), é definida como uma relação entre uma pessoa que percebe e um objeto/evento. Deste modo, não significa apenas um estado subjetivo que uma pessoa passa, e sim, se refere a uma situação que a pessoa tem alguma relação com um objeto/evento. Não se percebe o mundo de modo direto, uma vez que a percepção é uma interpretação desse mundo (MATOS et al., 2016).

O acolhimento na Atenção Básica é um dispositivo reconhecido como basilar para reorganização do serviço de saúde, promove modificações nas relações e nos modos de cuidar (BRASIL, 2013a). É nesse contexto que se configura a importância de compreender a perspectiva do acolhimento pelos profissionais e usuários como ponto de partida para sua efetivação, uma vez que essa organização deve ser usuário-centrada.

Subcategorias:

a) Percepção do acolhimento nas relações

Os profissionais, quando solicitados a falar sobre acolhimento em saúde, trouxeram em seus depoimentos as relações estabelecidas com os usuários, correlatando acolhimento a receber bem, a ter boa educação, a dar suporte, a atenção, a ter empatia, a inclusão, a tratar o

outro como faria com um familiar, isto é, perpassando entre vínculo, escuta e sensibilidade do profissional.

“Acolhimento em saúde, eu acho assim, como o SUS é porta aberta, o acolhimento tem que ser sem preconceito, sem distinção de cor, de raça, você acolher quem procura ser atendido, [...] dando atenção, procurando saber os problemas familiares” (P8).

“Eu acho que acolhimento é quando você tenta resolver os problemas daquelas pessoas que procuram o posto, da melhor forma. Com empatia, [...] pensando no outro, como se fosse você. Aí eu acho que isso é acolher o outro, com responsabilidade também, e respeito” (P9).

Entre os usuários também houve a mesma correlação, os quais associaram acolhimento a atender/tratar bem, a boa escuta, a ser gentil, se colocar no lugar do outro e ajudar quando alguém precisa.

“Acolhimento é receber bem, ser gentil, saber tratar, escutar o que a pessoa está sentindo, está querendo falar para poder passar direitinho, saber [...] ouvir a pessoa quando chegar e saber receber” (U10).

“Eu acho que acolhimento, assim, [...] quando você precisa de uma ajuda a pessoa chega junto, eu acho que é isso” (U3).

Apenas uma usuária disse não saber o significado do termo, porém referiu se sentir acolhida por ser atendida no que precisa.

“É porque eu me sinto acolhida aqui pelas pessoas, me acolhem muito bem. E eu não tenho o que dizer não, elas me acolhem aqui, o que eu preciso e eu sou bem acolhida aqui” (U1).

Para ambos, usuários e profissionais, a procura por uma unidade de saúde está relacionada a doença/estar doente, e não ser bem acolhido pode prejudicar mais a situação, piorando o quadro clínico e afetando o vínculo.

“Porque assim, o paciente já está com algum problema, já está doente e chegar em um ambiente e ser tratado mal, não ser bem recebida, não ser bem acolhido, dificulta mais ainda. Deixa o paciente mais para baixo, mais doente, ainda” (U9).

“Em questão de que, quando ele vem ao posto de saúde, ele já vem [...] com algum tipo de doença, porque ninguém vem para o posto de saúde sem está doente. Então ele já vem doente, ele já vem fragilizado [...] e por isso que ele precisa ter um bom acolhimento, de uma boa recepção [...] para que ele se sinta acolhido e que ele retorne mais vezes a unidade, sem ter medo [...] de se sentir mal, de tratarem ele mal” (P13).

Durante as entrevistas, todos os usuários relataram se sentirem acolhidos na UBS. Quando indagados o motivo, associam a serem bem atendidos/recebidos, por não haver distinção, por sempre serem atendidos quando precisam e pelo fato de estar sempre de “portas abertas”, mesmo com algumas falhas. As falhas relatadas foram relacionadas ao tempo de duração das consultas.

Sim, sim. Assim, quando a gente precisa, está aqui de portas abertas, né? Querendo, tendo às vezes algumas falhinhas, mas está aqui de portas abertas né? (U5).

[...] eu me sinto acolhida sim, o atendimento até aqui eficiente. Porque elas nos recebe bem, num tem aquele negócio de dizer “é por cara, hoje eu vou atender primeiro você, depois... [...] (U6).

Dentre as dimensões constitutivas do acolhimento, encontramos o mesmo na esfera das tecnologias leves, exercendo, inclusive, enorme influência no modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. Nessa dimensão, o acolhimento é evidenciado como postura, atitude, no modo de escutar, nos vínculos, na forma de lidar com o não previsto, na sensibilidade e no posicionamento ético situacional (BRASIL, 2013a), pontos referidos tanto pelos usuários como pelos profissionais, indicando a extrema importância desse aspecto.

Na literatura encontramos pesquisas em que os profissionais relacionam o acolhimento com escuta, receber bem, ser atencioso, empático, valorização do outro, respeito às diferenças, ajuda, ser resolutivo (NOBRE, *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2019; RODRIGUES, *et al.*, 2020). Já os usuários percebem o acolhimento como a busca pelo serviço e conseguir ser recebido sem dificuldade, sendo uma via de mão dupla (MACIEL *et al.*, 2019).

Acolher é realizar o reconhecimento do que o outro traz como necessidade de saúde legítima e singular. Tem como objetivo construir relações de confiança, compromisso e vínculo envolvendo equipes, serviços e usuários, devendo ser realizado com escuta qualificada (BRASIL, 2013a). No estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2020), a escuta foi considerada pelos profissionais como circunstância favorável para distinguir fluxos de atendimento de acordo com as demandas, assim como permite direcionamento externo para os casos que necessitam de apoio de outros pontos da rede de assistência.

Em trabalho realizado por Protásio *et al.* (2017), quando o médico não deixa tempo suficiente para a realização das consultas, diminui a chance de obter satisfação do usuário, por diminuição ou ausência de consideração com suas preocupações e problemas. Os autores argumentam sobre o fato de quando o usuário se sente acolhido e com suas necessidades

ouvidas, promove o favorecimento para estreitamento das relações e construção de plano terapêutico relacionado a essas necessidades.

Nas entrevistas das usuárias, o fato de duas delas terem demonstrado insatisfação pelo tempo das consultas foi relacionado à demora na sala de espera que isso pode acarretar para quem vai aguardar a vez. Todos os usuários agendados chegam aproximadamente no mesmo horário para realização da pré-consulta com a auxiliar de enfermagem e aguardar a vez de ser atendido. A integralidade do cuidado é afetada quando o tempo de espera é grande e gera impacto na satisfação do usuário (SILVA, *et al.*, 2019). Sendo assim, outros aspectos devem ser considerados e discutidos com os usuários, como agendamento por bloco de horário, por exemplo, para os que serão atendidos mais para frente não tenham que esperar muitas horas na unidade.

b) Percepção do acolhimento na qualidade do atendimento

Os usuários consideram, de modo geral, o atendimento na unidade bom. As queixas que surgiram foram com relação ao tempo de duração das consultas e a falta de organização por condição de saúde (ex.: dia para atendimento de hipertensos, renovação de prescrição de psicotrópico, etc.). Na entrevista, 03 usuárias comentaram quanto à forma inoportuna a qual são recebidas, porém justificam e demonstram compreensão.

“É ótimo o atendimento aqui, mas sempre às vezes a gente encontra uma carinha feia ou outra, que isso é normal, que é muito ruim lidar com ser humano, mas é assim mesmo. A gente releva e está tudo certo” (U8).

Para a maioria dos profissionais, o acolhimento é considerado bom, havendo apenas duas referências como parcialmente bom, devendo ser melhorado ainda mais. Essa parcialidade ocorre porque esses dois relatos informam a existência de profissional de nível médio que trata mal os usuários e com distinção. Houve também profissional que não opinou por não ver como o acolhimento ocorre.

“O acolhimento aqui no posto de saúde a gente tenta ao máximo para receber eles bem [...] e resolver os problemas que eles tão precisando no dia a dia [...] Aqui na UBS da gente eu acho que a gente faz o que pode. E até o que não pode” [...] (P8).

“[...] porque tem pessoas que não sabem o que é acolhimento e trata da forma que acha que tem que tratar, às vezes porque está com problema [...] em casa e desconta às vezes no paciente [...]. É que algumas pessoas têm de aprender que, para tratar o paciente, não tem que ter diferença de classe social, [...] todo mundo é igual e tem que ser tratado do jeito que a gente quer ser tratada a gente tem que tratar o paciente né” (P2).

Em pesquisa realizada a partir de dados do PMAQ por Souza *et al.* (2021), a proporção aumentou em 20% de usuários que avaliaram positivamente a maneira como são acolhidos na UBS, passando de 66,4% em 2012 para 85,8% em 2018. Entretanto, ao passo de haver avanço na existência e qualidade do acolhimento, permanecem obstáculos e desafios para haver acolhimento satisfatório. O acolhimento é destacado como ferramenta de qualidade no SUS, podendo originar mudanças na relação profissional/usuário e refletir em benefícios na corresponsabilização dos sujeitos e ressignificar a produção de cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A falta de humanização enquanto postura por alguns profissionais também foi registrado como um dos desafios para desenvolver o acolhimento realizado por Nobre *et al.* (2016). Humanizar é construir relações e incluir as diferenças nos processos de gestão e de cuidado (BRASIL, 2013a). Por mais que estejam disponíveis definições objetivas e fundamentadas cientificamente sobre necessidades de saúde, o usuário também define quais as necessidades de saúde para ele, com forma e graus variados. Nos momentos de sofrimento, muitas vezes, há o estabelecimento e estreitamento de vínculos, e o fator de conhecer o usuário facilita a identificação e acompanhamento do problema pelo profissional (BRASIL, 2013b). O fato de as próprias usuárias buscarem justificativas pelo trato inadequado pode estar amparado nesse vínculo e confiança estabelecido.

c) Percepção do acolhimento na rotina de trabalho

Quanto à rotina de trabalho, todos os profissionais percebem que desenvolvem atividade ou prática relacionada ao acolhimento.

“Eu acho que o agente de saúde é o acolhimento, ele é o vínculo das pessoas com o posto de saúde. Antes do paciente vim, ele já é atendido pela gente” (P9).

“De uma certa forma pratico, porque senão era só como balconista de farmácia, “tome isso, vá embora” e já entra o próximo. Um atendimento assim eu terminaria em que? Meia hora, quarenta minutos dava para atender todo mundo, não é?” (P11).

A partir dos relatos supracitados, os profissionais da unidade percebem o acolhimento diuturnamente na rotina de trabalho de cada um, sendo reconhecido em todos os espaços e situações, já que a pesquisa envolveu todos os trabalhadores em suas diferentes funções. A base do acolhimento é a escuta qualificada por permitir a tomada de decisões durante o “trabalho vivo”, sendo, portanto, imprescindível, o conhecimento ampliado do território e suas necessidades de saúde (RODRIGES, *et al.* 2020).

Nos depoimentos é possível identificar o acolher como um momento de troca e partilha entre profissionais e usuários. Acolhimento não presume um horário ou profissional específico ou espaço físico. É um momento de compartilhamento de saberes e angústias, não sendo uma etapa de um processo, e sim, uma ação que ocorre em todos os locais e situações nos serviços de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2016).

“Sim, sim. Que eu atendo as pessoas, eu converso, eu procuro entender mais elas e até chegar no ponto, eles chegam depressivas, eu deixo alegre, feliz, graças à Deus” (P12).

“Ah sim, eu acho, porque nós somos agentes de saúde, nós somos também “psicólogo”, “psiquiatra” e às vezes até “médico”, né...” (P4).

d) Percepção do acolhimento na qualificação profissional

O acolhimento tem a capacidade de promoção da equidade e universalidade da atenção à saúde e, para ocorrer a sua efetivação, é indispensável o preparo e a capacitação dos profissionais que irão operacionalizá-lo (BRASIL, 2013a; RODRIGUES, *et al.*, 2020). Rodrigues *et al.* (2020) identificaram que uma dificuldade de implantação pela equipe de Saúde da Família se dá pela falta de perfil e de conhecimento por parte dos profissionais de saúde. Durante as entrevistas realizadas nessa pesquisa, também emergiu essa problemática, com falas que denotam a dificuldade de lidar com o estresse do usuário, a vontade de mais preparo para acolher e o reconhecimento da necessidade de treinamento.

“[...] eu acho que deveria ter um treinamento de acolhimento para algumas pessoas para poder a pessoa entender direito o que é um acolhimento. Porque tem pessoas que não sabem o que é [...] e trata da forma que acha que tem que tratar” (P2).

“[...] eu gostaria de estar mais preparada, mas no pouco que eu consigo eu tento fazer da melhor maneira possível” (P3).

Como vimos, há evidências de tratamento inadequado advindo dos profissionais apontados tanto por alguns profissionais como pelas usuárias e a falta de perfil e/ou qualificação profissional podem indicar o embasamento para tal situação. Essa identificação da necessidade de treinamento pode sugerir deficiência por parte da gestão da oferta de capacitações desses trabalhadores sobre a temática. Para haver o acolhimento preconizado pela PNH, é preciso integração entre cuidado e gestão, espaço para reflexão sobre práticas, formação dos trabalhadores e maiores investimentos para implantação da PNH nos serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2013^a; NOBRE, *et al.* 2016). A prática do acolhimento remete à escuta qualificada para identificação das necessidades de saúde, considerando riscos e

vulnerabilidades (BRASIL, 2013b) e o profissional deve se sentir preparado de acordo com a sua competência clínica.

Também foi apontado nos depoimentos recolhidos com os trabalhadores a evidência de tratamento ruim dos usuários com os profissionais. Na literatura, foi encontrada referência de violência presente no dia a dia das equipes das unidades de saúde, trazendo desgaste ao trabalhador. Deste modo, debates referentes ao manejo de situações como estas devem ser consideradas, na ótica do cuidar de quem cuida (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

“[...] acontece situações que tira a gente do eixo, às vezes o paciente não está legal, mas o paciente é paciente, a gente tem que entender isso, que às vezes ele não está bem. E às vezes a gente fica chateado, com a forma dele se dirigir a nós, [...] não é tudo flores, [...] trabalhar com pessoas não é fácil, é difícil!” (P3)

“[...] a depender do paciente, da forma como ele trata o profissional, ele é bem recebido [...] nós funcionários também recebemos tratamentos ruins dos pacientes [...] a depender do tratamento que nós recebemos, nós devolvemos. Então, se o paciente chega bem, trata a gente bem, com certeza ele vai ter um bom acolhimento. Mas se ele chegar aqui com ignorância, trata o funcionário mal, então a gente vai falar na linguagem dele entendeu...” (P13).

Categoria 2:

Acolhimento no processo de trabalho

Acolhimento como diretriz necessita de transformações na organização e funcionamento em um trabalho conjunto envolvendo os 03 atores: gestores, trabalhadores e usuários. O debate para essas transformações inclui discussões sobre a definição do modo como os diferentes trabalhadores da saúde irão atuar, mesmo que essas discussões sejam provisórias, já que é algo dinâmico. O reflexo disso é o reconhecimento da importância da ampliação da capacidade clínica da equipe para escuta ampliada, identificação de riscos e vulnerabilidade e realização de ações/intervenções (BRASIL, 2013b).

De acordo com o exposto, nessa categoria encontra-se o conhecimento da dinâmica da unidade e das práxis dos profissionais sob a ótica destes e dos usuários, resultando em duas subcategorias: dificuldades e barreiras de acesso e fluxo dos usuários na UBS.

Subcategorias:

a) Dificuldades e Barreiras de acesso

O acolhimento como um recurso de ampliação/facilitação do acesso na prática aparece como forma de inclusão dos usuários, sem distinção, contemplando tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea. A agenda dos profissionais neste contexto serve como garantia

da retaguarda do acolhimento e para continuidade do cuidado, programático ou não. A gestão de agendas deve conter a agenda programada para grupos específicos, agenda de atendimentos agudos e agenda de retorno/avaliação (BRASIL, 2013b).

As formas de agendamento identificadas e utilizadas pelos usuários foram: a maioria realiza presencial ou por meio do ACS. Também teve quem referiu realizar por meio da auxiliar de enfermagem. Durante a entrevista apenas uma usuária criticou o agendamento presencial, pois acaba indo ao posto duas vezes. Por causa disso, referiu que preferia como era anteriormente no antigo Sesp, por meio de distribuição de fichas no dia. Em seu depoimento não demonstrou conhecer outras formas de agendamento.

“É... assim, porque a gente vem agenda, aí vem cedo para agendar, aí no outro dia vem para consultar [...] quer dizer, perde dois dias, no caso, quem trabalha como eu [...] acho que seria melhor que, se fosse assim, viesse, como antes lá no Sesp, que recebia a ficha e consultava” (U10).

As formas de agendamento podem ser uma ferramenta para auxiliar na garantia do acesso, porém, se for imposto condicionantes e/ou não houver recursos materiais/tecnológicos suficientes, podem representar uma barreira. Na unidade de saúde pesquisada não há telefone institucional. Trabalhar com usuários as diferentes formas de realização de agendamento, com o comprometimento de todos os trabalhadores da unidade e o envolvimento do gestor para solucionar a questão relacionada aos recursos materiais/tecnológicos, se faz urgente para mitigar a problemática referida.

Para haver otimização da oferta de cuidados, diminuição do absenteísmo e melhor gerenciamento da agenda, torna-se importante o debate para inclusão de formas mais ágeis para o agendamento e cancelamento, considerando a popularização do acesso à internet e aparelhos portáteis (SOUZA *et al.*, 2021). Com a pandemia e a necessidade de seguir as recomendações e normas de biossegurança, a amplificação desse debate deveria ser primordial.

Na pesquisa realizada por Protásio *et al.* (2017) referente à satisfação dos usuários com os serviços de Atenção Básica, no Nordeste, a distância de casa até a unidade de saúde, a marcação de consultas quando não realizada todos os dias da semana e quando a marcação não é no mesmo dia, levaram a diminuição da chance de obter essa satisfação. No caso da presente pesquisa, não foi referida a distância, mas o fato de ir mais de uma vez na unidade para ter a consulta realizada.

Com relação aos serviços que precisam de agendamento, pelos depoimentos dos profissionais, todas as consultas médicas foram mencionadas e, para a enfermeira, as consultas com as gestantes e citologia. Três referiram que a justificativa para esse agendamento se encontra na Covid-19, com o objetivo de redução de fluxo excessivo de pessoas na unidade. A pandemia da Covid-19 e o papel relevante da APS no enfrentamento resultaram em mudanças nos processos de trabalho dos profissionais em atendimento à nova realidade imposta pela emergência sanitária (GERALDO *et al.*, 2020). Dentre as mudanças necessárias, englobaram modificações do fluxo de atendimento, porém todos os usuários agendados são orientados a chegar no mesmo horário, não condizendo com o argumento de redução de fluxo por conta da pandemia.

“Agendamento: consulta médica, consulta com a enfermeira para gestante, e a realização de exames de lâmina, são agendados” (P2).

“O serviço com o médico e com a enfermeira. Diante a pandemia, teve que fazer esse processo, né, de agendamento. Para evitar o fluxo” (P8).

Quanto ao intervalo de tempo entre o agendamento e o dia do atendimento, os profissionais consideram que não demora muito, sendo bastante rápido. Dois relatos queixaram-se de identificar tratamento desigual para agendar e realização do agendamento para o outro dia, mesmo tendo vaga. Em relação às usuárias, as que relataram sobre esse tempo referiram que o agendamento não demora.

“Ah, bem rápido. Às vezes até no outro dia já consegue” (P10).

“Um absurdo, [...] porque tem vagas e o paciente tem que esperar ainda para próxima vaga, para o outro dia. É isso aí que eu não concordo. Não, não é tão demorado. Mas incomoda porque a pessoa procura um posto de saúde é porque está doente, ninguém vem de brincadeira. Quem vem porque precisa” (P12).

“Não, no meu caso nunca demorou não. Porque sempre eu fui agendada rápido. Só se tiver a agenda lotada mesmo, mas nunca ocorreu, ainda bem, comigo” (U8).

Nos depoimentos dos profissionais da unidade, foram identificadas outras condutas que também podem servir de barreira de acesso, como dizer para o usuário voltar se não tiver máscara, condicionar atendimento à apresentação do cartão do SUS e não agendamento para o dia solicitado pelo usuário, mesmo com vaga disponível na agenda.

Bom, depende como ele vem, se ele tiver de máscara ele entra, se ele não tiver ele volta para colocar a máscara para ser atendido (P6).

Não, às vezes bom e às vezes ruim. Porque tem gente que destrata paciente, pelo cartão que não traz, pelo uma... tem vaga e não é marcada... (P12).

Quando os usuários chegam, mesmo com o agendamento prévio, eles são colocados na ordem de chegada do dia para atendimento de consulta médica e/ou de enfermagem, com respeito ao atendimento preferencial.

[...] ele é atendido pela recepcionista, colocado na ordem de chegada, sendo que prioridade do idoso, gestante, crianças menores de 2 anos e a técnica de enfermagem faz a pré-consulta para ser atendida pelo médico (P13).

A maior flexibilização nos processos organizativos nas rotinas das equipes pode representar significativo elemento para modificação do acesso dos usuários aos serviços da APS. Em diferentes estudos, ainda é possível verificar, mesmo diante de avanços de modo geral, equipes que atuam impondo barreiras em como os usuários acessam consultas, com dias e horários específicos para marcação, filas e entrega de fichas por exemplo (SILVA, *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2021). Por conseguinte, obstáculos e barreiras de acesso podem representar agravamento do quadro clínico do usuário, piora de anseios e frustrações e perda de oportunidade para identificação de outras necessidades de saúde.

b) Fluxo dos usuários na Unidade Básica de Saúde

A unidade deve ter diversificada a oferta de cuidados e ser capaz de realização de apoio e acionamento de redes de cuidado comunitárias. A organização a partir do acolhimento necessita de reflexão referente a essas ofertas de cuidados para lidar com as necessidades de saúde (BRASIL, 2013b) e, para haver essa reflexão, o ponto de partida é a compreensão que ofertas são essas na unidade de saúde.

Quando questionados sobre os serviços na UBS, todos os profissionais demonstraram ter noção das atividades diversificadas realizadas na unidade, não se atendo apenas as consultas médicas e de enfermagem. As carências relatadas foram quanto à ausência de dentista na UBS, pois não há Equipe de Saúde Bucal, e a falta de realização de curativo na unidade por não haver sala adequada.

Nesse posto de saúde temos vacinação, exame de lâmina, consulta médica, consulta com a enfermeira, verificação de pressão, de glicemia capilar, peso, altura, [...] só, não tem UBS de dentista, é o que está faltando para nós para poder ser completo (P2).

[...] O que falta só, é, curativo, que a gente não tem uma sala adequada para isso, mas a gente tem verificação de pressão, verificação de glicemia, a gente tem consulta de médico, de enfermeira, tem vacina... (P10).

Ao longo da história do SUS, a Saúde Bucal é um grande desafio, mesmo havendo vários programas específicos, impactando na participação desses profissionais no sistema único (CARVALHO, *et al.*, 2016; MOYSÉS, 2012; VIACAVA, *et al.*, 2018). Gurgel Filho *et al.* (2021), em pesquisa realizada em 2019, concluem que, após 19 anos de integração da Saúde Bucal nas equipes de Atenção Básicas, ainda há necessidade do aumento do número de equipes de Saúde Bucal para que possam ir além das atividades curativas.

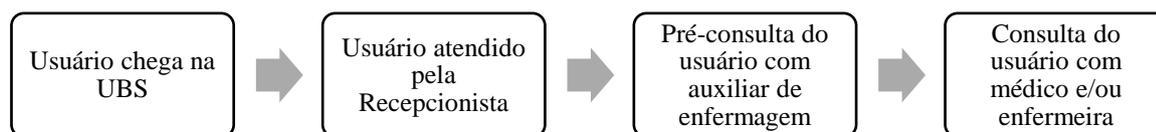
Os estados de Sergipe, Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Norte atingiram o desempenho alto-alto a respeito do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática (SOUZA, *et al.* 2022). Ainda assim, é alto a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos na Atenção Básica, com 45,1% dos usuários apresentando essa dificuldade e existência de interrupção de continuidade de tratamento para aqueles que conseguem, devido ao tempo de espera na especialidade (NEVES *et al.*, 2019).

Como uma das diretrizes da PNH, a clínica ampliada integra os trabalhadores da saúde de diferentes áreas, objetivando o cuidado e tratamento de acordo com cada situação. Organizar o trabalho confluindo vários saberes, incluindo aqui os saberes dos usuários, fomenta amplificação da capacidade de avaliação dos profissionais. Assim o cuidado não fica resumido ao tripé queixa-conduta-medicação (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016; CAMPOS, *et al.*, 2014).

Para realização do acolhimento e atenção, a UBS precisa ter estrutura física e ambiência adequadas, além de materiais, equipamentos e insumos de acordo (BRASIL, 2013b). Em que pese haver padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos disponíveis, a organização dos serviços de saúde, a gestão das equipes de saúde da família e a prática dos profissionais enfrentam problemas ligados à oferta de ações e cuidados incompletos, problemas estruturais e de provimento de pessoal (FACCHINI *et al.*, 2018).

Ao serem questionados qual fluxo de atendimento rotineiro percorrido pelos usuários na UBS, a maioria dos profissionais descreve conforme esquema a seguir (Figura 1):

Figura 1 – Fluxo dos usuários de acordo com os profissionais da Unidade Básica de Saúde



Fonte: elaborado pelas autoras.

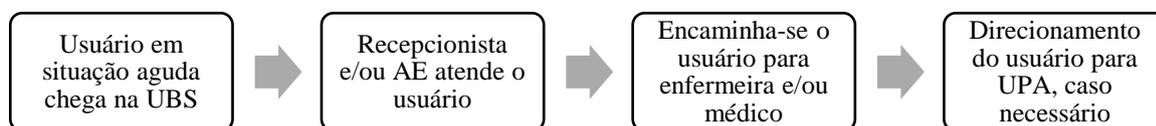
Já os usuários, quando questionados como e por quem são recebidos quando chegam na unidade, a maioria identifica a Auxiliar de Enfermagem (AE) da eSF como primeiro contato. A UBS passou muito tempo sem recepcionista. Depois a gestão designou algumas que foram rotativas e no momento existe uma lotada com portaria municipal pertencente ao quadro efetivo. Porém, a maioria dos usuários ainda identificam a AE como primeiro contato e isso pode ser relacionado ao vínculo anterior estabelecido.

Mesmo havendo identificação das diferentes ofertas de cuidado na UBS, conforme Figura 1, visualiza-se uma configuração centrada na consulta, quando se menciona fluxo de atendimento. Apenas uma profissional relatou que, ao chegar no posto, o usuário é direcionado de acordo com a necessidade dele.

Então, chega aqui no posto, fala com a recepcionista [...] e de lá ela encaminha para onde a pessoa quer ir. Tipo, [...] se for para o médico, passa pela auxiliar [...] para fazer pré-consulta. Se vai para vacina, vai para vacinadora, e assim... (P10).

No caso de situação aguda, o direcionamento dos usuários relatado pelos profissionais ocorre da seguinte forma (Figura 2):

Figura 2 – Fluxo dos usuários em situação aguda de acordo com os profissionais da UBS



Fonte: elaborado pelas autoras.

A situação aguda é considerada apenas em cenário de urgência/emergência pela maioria dos profissionais. Nas entrevistas, foram identificados depoimentos referindo que o posto de saúde não é “pronto socorro”, por isso o direcionamento é para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Também há relato que indica a falta de materiais e medicamentos para a abordagem de urgência/emergência na unidade. Este mesmo relato também destaca que antes da municipalização esse tipo de atendimento era realizado, porém não havia UPA no município.

[...] porque aqui é [...] um posto de saúde, não é um pronto socorro, aí se o médico não tiver solução, é encaminhado para o hospital, que a gente tem o transporte para levar... (P1).

Aí é encaminhado para o hospital, porque aqui não tem medicação de urgência. Se tivesse se resolvia aqui. No tempo que tinha o Sesp, não era municipalizado,

a gente tinha no ambulatório medicação de urgência. Também naquela época não tinha nem hospital, era a gente que fazia tudo né (P11).

Os usuários, quando questionados de como é a experiência em situação não agendada, a maioria informou que a AE encaixou quando precisou de atendimento no dia. Três referiram nunca terem precisado e apenas uma referiu ir para a UPA.

Quando eu não estou agendada que eu adoço de um dia para outro, [...] num sabia que ia adoecer assim nas carreira, ela pede para eu aguardar um pouco e fala com o médico e [...] me atende... (U1).

Vou para o hospital [...] se a necessidade tiver que ser naquele momento e aqui eu não tiver como ser atendida, eu tenho que procurar um hospital (U6).

O acolhimento às urgências de baixa gravidade e complexidade faz parte do escopo de atribuições dos serviços da APS (RODRIGUES, *et al.*, 2020). Uma forma de avaliação do acolhimento é se os usuários procuram a UBS quando necessitam de urgência. A realização de um bom acolhimento possibilita ao usuário o reconhecimento da UBS também como um local para resolver seus problemas imediatos de saúde (SOUSA *et al.*, 2021).

Situações que servem de embasamento para melhor compreensão da dificuldade na oferta de serviços, entre outros, são a falta de insumos e de medicamentos imprescindíveis para o processo de trabalho e as precariedades das unidades de saúde, sobretudo nos municípios de pequeno porte. Impossibilitar atendimento às situações agudas e referenciar emergências para outros níveis de atenção representam, dentre outros, obstáculos de acesso do usuário (PIRES FILHO, *et al.*, 2019; SOUZA, *et al.*, 2022). Portanto, reflexões quanto ao fluxo dos usuários na unidade devem ser realizadas, avaliando a prática profissional de modo articulado entre os profissionais e envolvendo os gestores locais.

5. CONSIDERAÇÃO FINAIS

A pesquisa proporcionou a compreensão da perspectiva do acolhimento pelos profissionais e pelos usuários, importante para servir como ponto de partida para sua avaliação e efetivação. Tanto os profissionais como os usuários correlacionaram acolhimento ao campo das relações estabelecidas entre ambos, perpassando entre vínculos, escuta e sensibilidade do profissional. Não ser bem acolhido foi associado a piora do quadro clínico e maior fragilidade do usuário, como também a prejuízo de vínculo.

Este estudo possibilitou também a realização da análise da organização do processo de trabalho e identificação das dificuldades e barreiras de acesso. Apesar de os profissionais

perceberem o acolhimento em sua rotina de trabalho, com reconhecimento em todos os espaços, na pesquisa houve identificação de falhas no acolhimento, com distorções dos modelos de atenção e obstrução de ações para garantia de acesso. O treinamento dos profissionais é destacado na literatura para efetivação do acolhimento e a necessidade de preparo dos profissionais da unidade foi um ponto também observado nesta pesquisa.

O acolhimento é apresentado como ferramenta de qualidade no SUS, podendo ressignificar a produção de cuidado. Ao acolher o usuário, o profissional reconhece suas necessidades de saúde, considerando riscos e vulnerabilidades. Por conseguinte, garante o acesso aos serviços de saúde como direito do usuário e possibilita melhor articulação da APS com outros níveis de atenção para os casos que necessitam. Portanto, reflexões quanto ao direcionamento dos usuários na unidade devem ser realizadas, avaliando a prática profissional de modo articulado entre os profissionais e envolvendo os gestores locais, em uma integração dos 03 atores para efetivação do acolhimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, V. I). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PHN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 10 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: nov. 2021.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JUNIOR, N. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, v. 18, n. supl 1, p. 983-95, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CARVALHO M. N.; COSTA E. M. O. D.; SAKAI M. H. *et al.* Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 – 2013. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 154-162, 2016. DOI: [10.1590/0103-1104201610912](https://doi.org/10.1590/0103-1104201610912).

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 208-223, set., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

GURGEL FILHO, A. A. G.; AMARAL, R. C. O papel do cirurgião dentista na equipe multiprofissional da Atenção Básica em Saúde, após 19 anos de sua implantação. **Arch Health Invest**, v. 10, n. 8, p. 1287-1291, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v10i8.5307>.

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, F. O. S. A atuação da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Research Society and Development**, v. 10, n. 8, e42010817359, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17359>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). **Censos Demográficos**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/neopolis/panorama>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MACIEL, M. A. S.; SILVA, P. C. S.; OLIVEIRA, L. F. Percepção dos usuários de uma Estratégia de Saúde da Família sobre o Acolhimento. **REAS/EJCH**, v.11, n. 14, e1095, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1095.2019>.

MALHEIROS, B. T. **Metodologia da Pesquisa em Educação**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MATOS, D. A. S.; JARDILINO, J. R. L. Os conceitos de concepção, percepção, representação e crença no campo educacional: similaridades, diferenças e implicações para a pesquisa. **Educação & Formação**, Fortaleza, v. 1, n. 3, p. 20-31, set./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.25053/edufor.v1i3.1893>.

MOYSÉS, S. J. Saúde Bucal. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

NEVES M.; GIORDANI J. M.; HUGO F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Cien Saude Colet**. v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017>.

NOBRE, J. P. S.; VIEIRA, J. P. A.; GADELHA, R. R. M. *et al.* A Percepção dos Trabalhadores de Saúde sobre o Acolhimento no Contexto da Atenção Básica.

Revista Expressão Católica (Saúde), v. 1, n. 1, jul. - dez, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.25191/recs.v1i1.1364>.

OLIVEIRA, M. C. M.; CONSTANTINIDIS, T. C. Práticas de Acolhimento na perspectiva de profissionais da atenção básica em saúde. **Rev Interinst Bras Ter Ocu.** Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 494-507, 2019. DOI: 1047222/2526-3544rbto23964.

OLIVEIRA, C. V. S.; CORIOLANO-MARINUS, M. W. L. Desafios do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes.** v. 2, n. 2, p. 211-225, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p211-225>.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PIRES FILHO L. A.; AZEVEDO-MARQUES J. M.; DUARTE N. S. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde Debate.** v. 43, n. 121, p. 605-613, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>.

PROTASIO, A. P. L.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 22, n. 6, p. 1829-1844, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>.

RODRIGUES, K. J. M.; MOREIRA, K. F. A.; RODRIGUES, D. E. F. *et al.* O acolhimento em uma Equipe de Saúde da Família em Porto Velho – RO: Oficinas pedagógicas para sua implantação. In: MOREIRA, K. F. A.; CASTRO, R. F.; FARIAS, E. S. (Orgs.). **Estratégia de saúde da família: educação e produção de conhecimento para a atenção primária à saúde no Estado de Rondônia.** Rio Branco: Stricto Sensua, 2020.

SILVA, L. A. N.; HARAYAMA, R. M.; FERNANDES, F. P. *et al.* Acesso e acolhimento na Atenção básica da região Oeste do Pará. **Saúde debate,** Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 742-754, jul-set, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>.

SMITH, P. J. A. percepção como uma relação: uma análise do conceito comum de percepção. **Analytica,** Rio de Janeiro, v. 18 n. 1, p. 109-132, 2014.

SOUZA, K. O. C.; RIBEIRO, C. J. N.; SANTOS, J. Y. S. *et al.* Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no Nordeste brasileiro. **Acta Paul Enferm.** v. 35, eAPE01076, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0010766>.

SOUZA, A. N. A.; SHIMIZU, H. E. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 26, n. 8, p. 2981-2995, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

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,** v. 42, n. esp. 1, p. 361-378, set., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>.

VIACAVAL, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Declaração de alma-ata**. Conferencia Internacional de Cuidados Primarios, 1978.

CAPÍTULO III

ESCUA QUALIFICADA COMO INSTRUMENTO DO ACOLHIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESF

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSF447.1123-3

Hudson Renan Costa Silva
Josineide Francisco Sampaio
Cristina Camelo de Azevedo

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) oferece a seus usuários uma diversidade de serviços em saúde, baseados no problema da comunidade. É a porta de entrada para o acesso à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), que trabalha a assistência, promoção e prevenção, com a ajuda de programas e políticas públicas diretamente ligados aos indicadores ideais a serem alcançados.

Em busca de um SUS humanizado e tendo a Atenção Básica como um espaço privilegiado, em 2004 o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS, desenvolvida de modo a qualificar o sistema e estabelecer na prática, suas diretrizes. A PNH se interessa em fortalecer todos os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), que envolve diversos atores — usuários, trabalhadores e gestores — e procura valorizar esses diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2006).

A PNH tem estimulado a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que, na maioria das vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras que escondem a autonomia e a corresponsabilidade dos envolvidos na área de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

Acolher envolve diversos fatores e agentes. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013).

É no acolhimento que se fala sobre Escuta Qualificada como um instrumento essencial para integralidade e resolutividade (DUARTE; MOREIRA; DUARTE, 2017). O acolhimento pretende humanizar as relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários, através de escuta qualificada, formação de vínculo e respeito, sempre com uma resposta e com a responsabilização pela solução do seu problema, mas cabe lembrar que este processo relacional também recebe inúmeras influências (LOPES; VILAR; MELO, 2015).

Para Duarte, Moreira e Duarte (2017), a escuta qualificada cria a possibilidade de oferecer uma assistência que transpasse o limite das demandas agendadas de acordo com os programas do Ministério da Saúde.

Houve um grande avanço quanto à elaboração e a implantação de diversos instrumentos legais, como leis, portarias, normas, políticas e resoluções que visam determinar a organização dos atendimentos dispensados à população usuária dos serviços de saúde na Atenção Básica. No entanto, nota-se que há pouco impacto e inovação referente à metodologia de organização dos atendimentos, persistindo, em nossas práticas, o modelo hegemônico de atenção à saúde centralizado no médico, o que se configura como entrave da humanização em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Através de um acolhimento com escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores da saúde às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno e integral dos mesmos, com tecnologias adequadas às suas demandas (BRASIL, 2015). Dessa forma, entender o processo de implantação dessa ferramenta de acolhimento em um serviço de APS e seus desafios, são fundamentais para organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Definir a base facilitadora da utilização da escuta qualificada relaciona-se a ampliar a capacidade de intervenção e melhorar a qualidade de atendimento à demanda de usuários.

Entretanto, é preciso responder ao que preconiza as normatizações sobre a adequação das funções no sentido de não gerar mais danos à saúde do servidor, atender as diretrizes de programas de humanizações e ir além, visto que, sem acolhimento, escuta e atenção tal situação pode ser agravada (SANTOS, 2014). É necessário apoderar-se da potencialidade que a escuta qualificada proporciona, com o objetivo de identificar as demandas de saúde que estão implícitas no contexto social dos sujeitos, que possibilite intervenções equânimes, interdisciplinares e intersetoriais (DUARTE; MOREIRA; DUARTE, 2017).

Viana e Lima (2018) relataram a experiência da implantação do acolhimento e seus instrumentos em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do Sul do Brasil, e concluíram que houve maior sensibilidade

crítica aos problemas dos usuários. Outro estudo, bibliográfico, realizado por Duarte, Moreira e Duarte (2017), indicou que é necessário o envolvimento dos gestores, a utilização de ferramentas já existentes e debatidas que auxiliem na reorientação da execução do modelo assistencial da atenção básica, bem como o investimento na preparação dos profissionais de saúde, para que haja evoluções nas políticas públicas de saúde.

2. SABER ESCUTAR

A capacidade de ouvir, falar e ver, permite ao ser humano descobertas de enigmas e sua evolução diante de problemas de conhecimento de mundo. É através destes recursos que podemos compreender e ser compreendido, expondo julgamentos, pensamentos e atos. A palavra escutar vem do latim *escutare*, refere-se à auscultação, que significa a escuta dos ruídos de dentro do indivíduo, ou seja, uma troca entre ouvir e receber sons (FERNANDES, 2003).

Trata-se de uma palavra que abrange um amplo conceito, pois implica em sons a um processo de interpretação. Camillo e Maiorino (2012) explicam que a origem do termo *auscultare* faz relação a ouvir de maneira mais próxima, íntima; também é satisfazer e acolher o que foi dito.

Escutar vai além de ouvir sons, é saber trabalhar toda captação do que se ouve e interpretá-la. Escutar é oferecer algo a alguém, ou, ainda, receber a interioridade e que apenas uma interpretação de um ouvido atento e prática nesse âmbito pode acolher (FERNANDES, 2003).

Para Santos *et al.* (2015), quando nos oferecemos a escutar o outro, ficamos ainda mais experientes e práticos na arte de entender o que se passa, porque esta ação é tanto de quem ouve quanto de quem escuta. A dificuldade de escutar pode ser explicada, em parte, pelo fato de que todo indivíduo tem sua individualidade, suas características, valores, cultura, significados, razões, projetos e objetivos próprios (CAMILLO; MAIORINO, 2012).

Não adianta apenas escutar “simplesmente”, é importante atentar-se aos detalhes do que se escuta, e há sempre algo que é expresso em múltiplos fenômenos, produzidos pelos conceitos do entendimento. Para escutar, é imprescindível ter plena doação, na intenção de se colocar à disposição por completo para atentar ao que está sendo dito, pois é escutando que deixamos abertura para o mundo e para os outros (CARDOSO, 2004).

Assim, trata-se de um dizer que nos remete a um olhar ampliado, e não apenas a um mero falar (CARDOSO, 2004). A escuta e o diálogo são habilidades inatas dos seres humanos,

sendo comum a concepção da escuta, como apenas o ouvir, o que pode ser perigoso, levando a acreditar que a escuta é instintiva (MAYNART *et al.*, 2014).

Para Camillo e Maiorino (2012), as pessoas não estão acostumadas a evitar interferências e colocações precipitadas, porque estão condicionadas a dar respostas imediatas e impulsivas. Esses autores afirmam ainda que, diante disso, é preciso evitar nossas ideias pré-concebidas. Para que possamos escutar com a finalidade de entender e enriquecer nosso conhecimento de mundo, é preciso estar atento aos nossos anseios e pensamentos; assim, ouviríamos o próximo de maneira intensa, conhecendo também o que pensam e sentem (MORIN, 2003).

A abordagem sobre a ausência de preconceitos e julgamentos é muito frisada pelos estudiosos desse tema. Julgar o que se ouve é algo subjetivo de interpretar, e ainda que se tenha técnicas e teoria para qualificação da escuta, toda e qualquer interferência deve ser feita de maneira assertiva e não pessoal. Para escutar, é necessário aprender a suspender nossos pressupostos, tentando pontuar os nossos condicionamentos, para que não haja entendimento de maneira precipitada (CAMILLO; MAIORINO, 2012).

Ouvir traz aprendizado a quem se ouve e até mesmo a quem fala, pois há uma reflexão subconscientemente e que se faz identificação própria. Morin (2003) reflete que a compreensão é um conhecimento empático das atitudes, sentimentos e opiniões das pessoas, considerando que é resultado de uma condição psicológica que permite compreender e sentir o que estão dizendo.

3. O ACOLHIMENTO

Com o surgimento do SUS, as pessoas puderam ter acesso à saúde de forma integral, buscando atender às necessidades coletivas e individuais. Sabendo-se que o conceito de doença é algo amplo e engloba diversos aspectos essenciais para a existência do ser humano, o SUS vem desenvolvendo diversas estratégias para atender às demandas dos usuários. Assim, surgiram maneiras inovadoras através de políticas públicas de saúde incluindo, em todas elas, maneiras acolhedoras de cada usuário.

O acolhimento no trabalho da equipe de saúde ocorre sob a perspectiva da integralidade, com abordagem ao usuário e na rede de serviços, buscando garantir a resolutividade das ações de cuidado, na compreensão de que alguns limites e dificuldades encontram soluções no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2006). Nilson (2017) concorda que é impossível haver uma atenção integral sem o acesso universal e equânime, sem a sensibilidade de maneira isolada ou

ampliada. Portanto, a integralidade se torna uma ferramenta que permite o conhecimento das necessidades de cada indivíduo, e proporciona uma conexão com todo o contexto inserido.

O conceito fornecido pela Política Nacional de Humanização (PNH) sobre humanização busca frisar a importância do indivíduo e sua problematização, bem como o envolvimento de todos os atores que o cercam para a prestação da assistência como produto (BRASIL, 2015). Portanto, a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia e aumentar sua capacidade de transformar a realidade em que vivem através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BRASIL, 2006).

O acolhimento está relacionado à importância dada ao problema dos pacientes, de maneira qualificada, envolvendo uma troca de informações e confiança que ajuda na solução do problema e pode também traçar meios de resolução (LOPES; VILAR; MELO, 2015). Assim, é instituído um vínculo entre o profissional e o usuário, o que permite aumentar e fortalecer a autonomia e a cidadania, ajudando na desenvoltura de ambos no processo de acolhimento (SCHIMITH; LIMA, 2004).

No âmbito do SUS, o acolhimento compreende a recepção do usuário nos serviços de saúde, que se responsabiliza por ele, atrelada à escuta de suas queixas, demandas, preocupações e anseios. Além de orientar o usuário e sua família, envolve a capacidade de referenciá-lo quando necessário a outros serviços de saúde para continuidade da assistência (BRASIL, 2006).

O acolhimento permite a Escuta Qualificada no serviço. Vale frisar que ambos se diferenciam e nenhum se relaciona com a triagem do serviço, pois a escuta qualificada valoriza as queixas do usuário e garante o encaminhamento necessário para o caso, o que se pode traduzir em respostas resolvidas na própria unidade, e o que não for possível resolver, direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário (NILSON, 2017).

4. A ESCUTA QUALIFICADA

Escutar é um ato essencial para a realização da assistência. É comum que o usuário deseje ser ouvido em relação às suas queixas e problemas. Geralmente, ao procurar o sistema de saúde, provavelmente tratará algo ainda não solucionado. Para Santos (2014), quando as pessoas se sentem ouvidas, elas tendem a ter outras atitudes em relação a si mesmas e aos outros como uma forma de estimular mudanças necessárias.

A escuta no cuidado em saúde permite que os encontros envolvam subjetividade, indo além dos aspectos clínicos da condição de saúde (MOURA, 2016). Coloca em vista a capacidade profissional e humana, além de trabalhar o aspecto moral e ético. Deve-se trabalhar a ideia de ofertas e possibilidades para que o usuário possa decidir conjuntamente e se responsabilizar com os resultados a serem alcançados (LIRA, 2014).

A Escuta Qualificada tem por objetivo ouvir a queixa do paciente, estabelecendo confiança para que expresse suas preocupações, angústias, ao mesmo tempo que coloca os limites necessários (ZINN, 2016). O escutar qualificadamente pode ser definido como a sensibilidade de estar atento ao que é dito, expresso através de comunicação verbal e/ou não verbal (SANTOS, 2014). É uma ferramenta que deve ser praticada em todos os encontros nos serviços de saúde, valorizando todos os discursos, com respeito às indiferenças e em condições resolutivas (NILSON, 2017).

Com base na PNH, a gestão e os profissionais de saúde devem estar cientes da efetivação da humanização através da escuta profissional com uma ampla observação e detecção de soluções. Para Santos (2014), a Escuta Qualificada como um pressuposto da PNH é um caminho para o acolhimento, na perspectiva de efetivação do SUS, em todos os seus níveis.

A Política Nacional de Atenção Básica define as características do processo de trabalho das equipes de saúde e estabelece atribuições comuns a todos os profissionais, dentre elas, participar do acolhimento aos usuários, realizando a Escuta Qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2011).

A aplicação desta estratégia, proposta por um acolher humanizado, faz com que as atividades da ESF sejam elaboradas de forma a aproximar o usuário e que os objetivos da unidade sejam cumpridos, com a atenção necessária a cada caso. Juntamente à elaboração de ações educativas, a população passa a ter respostas assertivas em relação aos seus problemas e a ter disponível uma atenção à saúde qualificada (ZINN, 2016).

Neste sentido, a prática da Escuta Qualificada nas ações em serviços de saúde tem se mostrado como uma importante ferramenta para a mudança do modelo assistencial de saúde na Atenção Primária em Saúde (APS) em direção a um modelo com fundamentos na integralidade, universalidade e equidade, princípios essenciais do SUS que, aliados à resolutividade, são essenciais para a consolidação de um modelo de Atenção Primária forte e de qualidade.

5. MÉTODO

De abordagem qualitativa, caracterizado como pesquisa-ação, o presente estudo foi desenvolvido no decorrer do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde/FIOCRUZ/Polo UFAL). A escolha desse método de pesquisa relacionou-se à sua sensibilidade para gerar reflexões, problematizações e compreensões da complexidade da problemática da saúde, visando ações transformadoras da realidade local, numa espiral cíclica de reflexão – ação – reflexão dos atores envolvidos no processo que se pretende investigar (THIOLLENT, 2011).

Com o intuito de analisar a implantação da Escuta Qualificada em uma UBS, foi necessária a participação ativa dos profissionais de saúde que dela fazem parte e que irão desenvolver os procedimentos dessa estratégia.

Este estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Dr. Judá Fernandes Lima, também conhecida como UBS de Cacimbas, situada no município de Arapiraca – Alagoas. Nesta UBS atuam três equipes de Saúde da Família. Participaram da pesquisa um total de 21 profissionais, a saber: 1 enfermeiro, 15 Agentes Comunitários de Saúde, 1 técnico de enfermagem, 2 cirurgiões dentistas e 2 Auxiliares de Saúde Bucal.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa: a) profissionais efetivos com, no mínimo, 32 horas semanais de trabalho ativo na Unidade; b) voluntariamente optarem por participar da pesquisa; c) que prestem serviços diretos aos usuários. Não foram inclusos os profissionais que estavam afastados do trabalho por licença médica ou que faziam parte das categorias de grupos de risco para o Covid-19.

Importante comentar sobre o contexto epidemiológico no momento de realização dessa pesquisa, marcado pela pandemia provocada pelo Sars-Cov-2, vírus responsável pela doença conhecida como Covid-19. Por se tratar de uma pesquisa que necessita de contato e interação entre os participantes, sempre foram considerados requisitos preconizados pelas organizações sanitárias para a sua realização. As restrições impostas pelas autoridades sanitárias e governamentais geraram a necessidade de adequação do estudo para a proteção de todos os participantes voluntários. Os profissionais de saúde com fatores de risco de complicação pelo Covid-19, mesmo os que demonstraram interesses em participar da pesquisa, por questão de segurança e proteção, foram recomendados a não participar das oficinas.

A coleta foi organizada em 2 etapas. A primeira etapa, por ter sido realizada presencialmente, foi desdobrada em duas oficinas: a Oficina 1 e Oficina 2, sendo realizadas em dois momentos, devido ao número de participantes da pesquisa, para atender às medidas de

segurança sanitária e de isolamento social vigentes, utilizando-se o mesmo roteiro e estratégia metodológica. A segunda etapa, constituída pela Oficina 3: **Temática Problematizando a Escuta Qualificada**, foi realizada de forma remota (on-line).

Ao todo, realizaram-se 03 oficinas que apresentaram os seguintes objetivos: Analisar a compreensão dos profissionais sobre o tema Escuta Qualificada (Oficinas 01 e 02); Efetuar a problematização do tema, identificando os desafios e benefícios para a implantação da Escuta Qualificada (Oficina 03).

A composição dos participantes por Oficina foi definida por eles próprios e organizadas da seguinte forma:

- Oficina 1: formada por 13 Agentes Comunitários de Saúde. Estes profissionais foram distribuídos por meio de sorteio em 3 grupos, denominados de Grupo Amarelo (4), Grupo Laranja (4) e Grupo Cinza (5).
- Oficina 2: formada por 8 profissionais de saúde, sendo 2 cirurgiões-dentistas, 1 enfermeira, 2 auxiliares de saúde bucal, 1 agente comunitário de saúde e 1 técnico de enfermagem, divididos em 2 grupos, denominados de Grupo 1 e Grupo 2, com 4 participantes por grupo.
- Oficina 3: formada por 16 profissionais de saúde, sendo 1 enfermeiro, 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 14 agentes comunitários de saúde, em grupo único.

Para as Oficinas 1 e 2, fez-se a pergunta disparadora: “O que você entende sobre Escuta Qualificada?”, havendo, inicialmente, trabalho individual, com finalidade de estimular a reflexão, seguido pela organização de pequenos grupos, formados de maneira aleatória, através de sorteio, os quais foram classificados em grupos com as cores amarelo, laranja e cinza, de acordo com as cores das tarjetas recebidas, enquanto os grupos formados na Oficina 2 foram classificados em GRUPO 1 e GRUPO 2.

Os registros ocorridos nos trabalhos individuais foram utilizados para a discussão nos pequenos grupos, quando ocorreram as conversas e consensos das compreensões que os participantes chegaram, registrando-se nas tarjetas recebidas as palavras-chave ou frases. Em seguida, essas tarjetas foram utilizadas para a montagem dos painéis, com a fixação das tarjetas em parede preparada para esta atividade, na ordem em que os participantes julgaram adequada, por cada grupo e apresentadas a todos os participantes. Ao final, com mediação do pesquisador, houve uma reorganização dos painéis apresentados pelos pequenos grupos, para

a formação de um painel único, com finalidade de consolidar a compreensão final que aquelas Oficinas 1 e 2 expressaram.

Para a Oficina 3: **Temática Problematizando a Escuta Qualificada**, realizada através do aplicativo Google Meet. O pesquisador retomou com uma exposição dialogada sobre a síntese do que foi produzido durante as Oficinas 1 e 2, seguido por discussão com os participantes do que foi produzido com o que se encontra na literatura. Os participantes foram estimulados a responderem questões subjetivas, cujas respostas apresentavam-se em estratégia de nuvem, utilizando a plataforma mentimeter.com, numa interação dinâmica com todos os participantes. Ao final de cada questão, abria-se para comentários e/ou discussões sobre as respostas apresentadas.

As questões utilizadas na Oficina 03 foram:

- 1- Quais os profissionais que, na sua opinião, são os principais responsáveis em realizar a Escuta Qualificada em seu ambiente de trabalho?
- 2- Quais os benefícios que você acredita que a implantação da Escuta Qualificada poderá trazer para os usuários?
- 3- E para você, profissional de saúde?
- 4- Quais as possíveis dificuldades que a implantação da Escuta Qualificada poderá trazer aos profissionais de saúde que estão realizando a escuta?
- 5- Como você avalia a prática da Escuta Qualificada hoje na sua UBS?

As informações produzidas nessas oficinas no período de outubro de 2020 a abril de 2021 foram analisadas a partir da literatura científica e da Política Nacional de Humanização, que serviram de guia para o desenvolvimento desse estudo. Sabe-se que a saúde da Atenção Primária no Brasil é regida pelos princípios e diretrizes do SUS, de modo que não poderíamos fugir desse sentido.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob CAAE de número 30773420.9.0000.5013.

6. RESULTADOS

6.1. Oficina 1: Temática Compreendendo a Escuta Qualificada, parte 1

Após a formação dos grupos Amarelo, Laranja e Cinza, ocorreu a discussão do que cada participante refletiu durante os trabalhos individuais, registrando em tarjetas as palavras ou expressões que o grupo considerou pertinente apresentar, como reflexo de sua compreensão

sobre o que entenderam sobre a Escuta Qualificada. Em seguida, houve a formação dos painéis com a utilização dessas tarjetas, sendo apresentados a todos os demais participantes.

A atividade de formação e apresentação do painel foi iniciada pelo Grupo Amarelo, que apresentou como resposta à pergunta disparadora “O que você compreende sobre Escuta Qualificada?” as tarjetas: Acolhimento=ACS; Empatia; Desafios; Desabafos; Direcionamento; Rede de Apoio Interprofissionalismo; Resolutividade; Escutar é mais que ouvir.

O grupo Amarelo trouxe entendimentos que abrangeram o ato de escutar, entendendo que escutar é mais que ouvir, é ser empático, estar disposto a ouvir desabafos. Fernandes (2003) traz essa compreensão de que o ato de escutar vai além de ouvir sons, é saber trabalhar toda captação do que se ouve e interpretá-los. Trouxe também entendimentos de que a Escuta Qualificada perpassa pelo tema do acolhimento, que, no trabalho da equipe de saúde (interprofissionalismo), busca garantir a resolutividade das ações de cuidado. Neste momento, a palavra resolutividade é expressa como a finalidade da Escuta Qualificada, que, quando ocorre sob a perspectiva da integralidade, abordando o usuário, na compreensão de seus limites e dificuldades, encontrando soluções no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2006).

O grupo, por ser constituído por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), reconhece que o acolhimento começa com o ACS, precisa ter empatia e que são os que escutam os desabafos dos usuários. Sabendo da demanda de seus usuários, o ACS direciona o paciente para uma abordagem de equipe interprofissional que, dessa forma, proporcionará a “resolutividade” para a demanda desse paciente.

O grupo Laranja utilizou as tarjetas: Processo dinâmico de avaliação; Atendimento humanizado; Otimizar recursos na unidade; Escutar o indivíduo como um todo; Usar uma linguagem simples; equidade; e Escutar/não ouvir. Esse grupo compreendeu que a Escuta Qualificada vem de uma visão humanizada, destacando que usar esta significa ter um olhar mais humanizado, levar mais tranquilidade aos usuários. Todos compartilharam da visão de que muitos usuários querem e precisam ser ouvidos, sentirem que o profissional deu importância a eles, mesmo que seus problemas não sejam resolvidos.

O grupo Cinza também trouxe a compreensão de que a Escuta Qualificada tem uma visão humanizada, utilizando as seguintes tarjetas: Atender por igual; Ser um bom profissional; Se colocar no lugar do outro; Ouvir com atenção, olhando nos olhos do paciente; Usuário quer ser ouvido; e, Se colocar disponível. Dado mencionado pelo grupo que merece atenção foi a preocupação com a condição do profissional de saúde, o seu momento psicológico para realizar

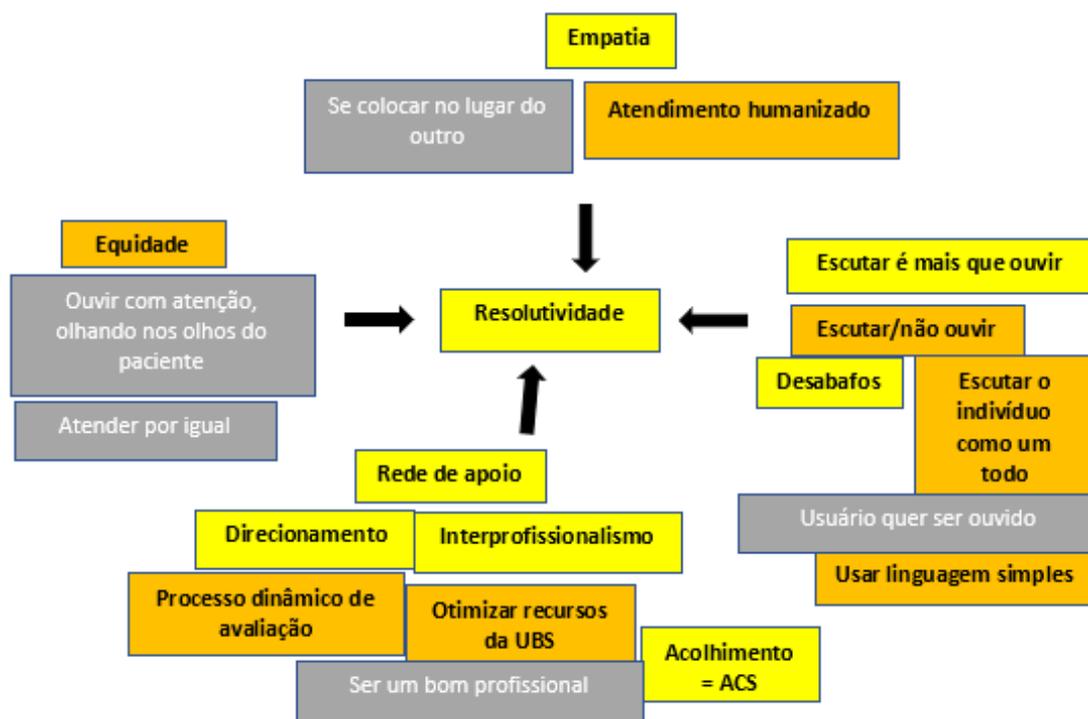
o procedimento de Escuta Qualificada. Contexto interessante para gerar uma reflexão de que a escuta começa com e entre os próprios profissionais de saúde.

Entretanto, é importante comentar as concepções da Escuta Qualificada como o processo de ouvir com atenção, exemplificados nas tarjetas “ouvir com atenção”, “escutar/não ouvir” e “usuário quer ser ouvido”. Segundo Burley-Allen (1995), pode levar os profissionais de saúde a entenderem como apenas o ato de ouvir pode ser perigoso, pois tendem a acreditar que a escuta é instintiva.

Duarte, Moreira e Duarte (2017) mencionam ainda que muitos profissionais podem não conseguir diferenciar o Acolhimento da Escuta Qualificada, criando, assim, confusão na compreensão dos seus conceitos, talvez pelo termo “Acolhimento” apresentar um entendimento mais amplo, englobando vários conceitos e subjetividades, enquanto a Escuta Qualificada é mais restrita, sendo considerada uma das várias estratégias do acolhimento.

Após a discussão dos painéis apresentados pelos três grupos, as tarjetas foram reorganizadas e assumiram outra configuração, em que a palavra “resolutividade” passou a ser o elemento central da Escuta Qualificada a ser realizada pelo serviço de saúde, tendo à sua volta 04 blocos de tarjetas que indicavam o que seria necessário para se alcançar a resolutividade (Figura 1).

Figura 1 – Oficina 1: Formação do painel final



Fonte: Pesquisador, 2021.

A escolha da resolutividade como ponto a ser alcançado pelo uso da Escuta Qualificada vai de acordo com o que é preconizado pela Política Nacional de Humanização, considerada um dos seus parâmetros de recomendações com finalidade de garantir a análise e encaminhamentos das demandas apresentadas (BRASIL, 2010). Lopes, Vilar e Melo (2015) reforçam que o acolhimento dos usuários, através da Escuta Qualificada, além de facilitar o vínculo e o respeito entre usuários e trabalhadores da saúde, busca sempre respostas aos problemas apresentados pelos usuários.

Outro ponto a ser considerado pelos três grupos foi a importância do papel do Agente Comunitário de Saúde nesse processo, sendo ele responsável pela primeira escuta dos usuários, mesmo antes da chegada deles à UBS. Devido a esta turma ser majoritariamente constituída por ACS, as informações e conceitos produzidos nesta Oficina 1 correspondem ao entendimento dessa categoria profissional a respeito do tema Escuta Qualificada.

Assim, esta Oficina 1: **Temática Compreendendo a Escuta Qualificada, parte 1** demonstrou que, para se conseguir a resolutividade, considerada um ponto central da Escuta Qualificada, é necessário haver empatia, que foi vista como uma preocupação com os usuários, com a necessidade de se colocar no lugar do outro; haver equidade, vista como atendimento de forma igualitária a todos os que procuram o serviço de saúde; haver escuta com atenção, em que foi entendido que, para se alcançar a efetividade da Escuta Qualificada, haveria necessidade de uso de linguagem simples, ouvindo o usuário como um todo, nas suas demandas, nos seus desabafos; e participação fundamental do ACS, com bom direcionamento entre os setores, com interprofissionalismo, em processo dinâmico de interação, otimizando os recursos disponíveis para se chegar ao objetivo de resolução da situação enfrentada.

6.2. Oficina 2: Temática Compreendendo a Escuta Qualificada, parte 2

Utilizando-se do mesmo roteiro e estratégia metodológica aplicados na Oficina 1: **Temática Compreendendo a Escuta Qualificada, parte 1**, excetuando-se pela formação dos pequenos grupos que, neste momento, foram formados em 2 grupos e denominados de Grupo 1 e Grupo 2, definidos pelos próprios participantes, com o objetivo de responder à pergunta disparadora: “O que você compreende sobre Escuta Qualificada?”.

Após o momento de discussão nos pequenos grupos, o Grupo 1 escolheu os seguintes termos: integralidade, atenção, escutar ≠ ouvir, empatia, garantir o direito à saúde, essência do cuidado, direcionamento, instrumento indispensável a efetividade.

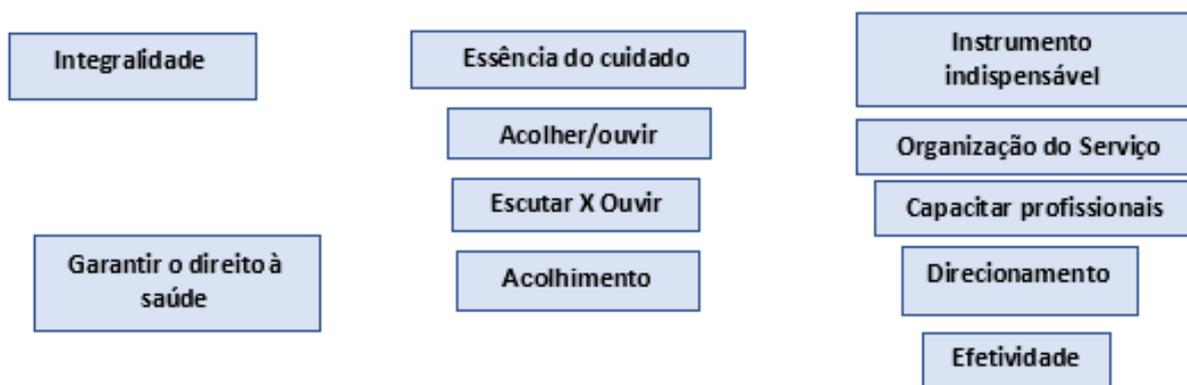
O Grupo 1 fez apontamentos procurando diferenciar o ouvir do escutar. A escuta no cuidado em saúde permite que os encontros envolvam subjetividade, indo além dos aspectos clínicos da condição de saúde (MOURA, 2016). O grupo também fez apontamentos do uso da Escuta Qualificada, como instrumento no processo de trabalho, que, quando trabalhados com integralidade e empatia, têm a capacidade de direcionar as demandas apresentadas. É uma ferramenta que deve ser praticada em todos os encontros nos serviços de saúde, valorizando todos os discursos, com respeito às indiferenças e em condições resolutivas (NILSON, 2017).

Para a montagem do painel, os participantes do Grupo 2 escolheram as tarjetas: Acolher/ouvir, Direcionar, Facilitar o SUS, Organização do serviço e Capacitar os profissionais. O Grupo 2 apresentou a compreensão de que trabalhar a Escuta Qualificada como a capacidade de acolher o usuário, seja qual for o problema, e que, para isso, seria necessário a capacitação do profissional para poder realizá-la, melhorando a oferta e organização do serviço, direcionando, assim, a demanda.

É importante entender que a Escuta Qualificada funciona como dispositivo da PNH com arranjo de organização no processo de trabalho, com finalidade de fazer funcionar as práticas recomendadas pela política, visando mudanças nos modelos de atenção e gestão, como gerências de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação etc. (BRASIL, 2010).

Após a apresentação dos painéis dos Grupos 1 e 2 e a discussão coletiva do material exposto, as tarjetas foram reorganizadas para a construção do painel final, conforme a Figura 2.

Figura 2 – Oficina 2: Formação do painel final



Fonte: Pesquisador, 2021.

A exemplo do que ocorreu na Oficina 1: **Temática Compreendendo a Escuta Qualificada, parte 1**, de modo geral, também se observaram compreensões de Escuta Qualificada como instrumento do acolhimento a ser utilizado pelos profissionais de saúde, com finalidade de organização do serviço, direcionamento das demandas e aumento da efetividade do serviço prestado, garantindo a integralidade e o direito à saúde.

O entendimento sobre a Escuta Qualificada como um instrumento que possibilita a organização do serviço e a efetividade do serviço de saúde pode ser encontrado na PNH. Esta diz que o Acolhimento com Escuta Qualificada é um dispositivo para a organização do processo de trabalho com a finalidade de fazer funcionar as práticas recomendadas pela Política, visando mudanças nos modelos de atenção e gestão, eliminando filas, organizando os atendimentos com base nos riscos/vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutiva (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica define as características do processo de trabalho das equipes de saúde e estabelece atribuições comuns a todos os profissionais, dentre elas, participar do acolhimento aos usuários, realizando a Escuta Qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2011).

6.3. Oficina 3: Temática Problematizando a Escuta Qualificada

Após conhecer os entendimentos que os participantes apresentaram nas Oficinas 1: **Temática Compreendendo a Escuta Qualificada, parte 1**; e 2: **Temática Compreendendo a Escuta Qualificada, parte 2** sobre o tema proposto, foi desenvolvida a Oficina 3 com a intenção de aprofundar a reflexão desse instrumento do acolhimento, problematizando-o.

As seguintes perguntas disparadoras foram realizadas aos participantes, de modo sequencial: Quais os profissionais que, na sua opinião, são os principais responsáveis em realizar a Escuta Qualificada em seu ambiente de trabalho? Quais os benefícios que você acredita que a implantação da Escuta Qualificada poderá trazer para os usuários? E para você, profissional de saúde? Quais as possíveis dificuldades que a implantação da Escuta Qualificada poderá trazer aos profissionais de saúde que estão realizando a escuta? Como você avalia a prática da Escuta Qualificada hoje na sua UBS? Quais os possíveis fatores vocês acreditam que poderiam facilitar a implantação da Escuta Qualificada na UBS?

Para cada pergunta apresentada, houve espera de tempo previamente determinada, possibilitando a todos os profissionais responderem com tranquilidade. As respostas dadas foram ilustradas através do uso do recurso da formação da nuvem, o que possibilitou a todos visualizarem os resultados em tempo real em que as respostas eram apresentadas e discutindo-as ao final desse tempo.

Em relação à opinião dos profissionais de saúde sobre os principais responsáveis pela realização da Escuta Qualificada onde trabalham, a maioria das respostas apresentadas considera o ACS como um dos profissionais responsáveis para realizar a Escuta Qualificada, seguido pelos arquivistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os profissionais médicos foram tidos como os menos responsáveis para realizar esta ação. Houve também indicações de toda a equipe de saúde. Vale ressaltar que, nesta Oficina 3, a maioria absoluta do grupo de participantes foram compostos por Agentes Comunitários de Saúde.

Neste momento, é importante destacar que a palavra “arquivo”, utilizada como uma das respostas pelos participantes, está se referindo aos funcionários que trabalham na administração da Unidade Básica de Saúde, responsáveis pela marcação da consulta médica, exames laboratoriais e informações gerais aos usuários que procuram este serviço de saúde. Por considerarem que estes profissionais sejam, geralmente, os primeiros que os usuários se comunicam na UBS, os participantes elencaram como um dos responsáveis também para a realização da Escuta Qualificada no serviço.

Quando se pratica Acolhimento com Escuta Qualificada, Duarte, Moreira e Duarte (2017) afirmam que não é todo profissional que é capacitado para realizar essa atividade. Para a sua realização, precisa ter profissional adequado por tempo determinado dentro da Unidade Básica de Saúde.

Em UBS com mais de uma equipe de saúde, como é o caso do local desse estudo (UBS formada por 03 equipes de saúde) há a recomendação de que o enfermeiro e/ou técnico sejam os responsáveis para a realização da linha de frente do acolhimento, atendendo aos usuários que chegam de todas as áreas ou equipes de saúde, enquanto os médicos ficariam na retaguarda dos atendimentos direcionados pela equipe que se encontra no acolhimento (BRASIL, 2013). Esse entendimento distinto apresentado pelos participantes pode indicar o possível entrave em sua adequada prática da Escuta Qualificada no seu ambiente de trabalho.

Quando se questionou sobre: “Quais os benefícios que a implantação da escuta qualificada traria para os usuários”, a maioria dos profissionais respondeu que a resolutividade

seguida por satisfação foram os maiores benefícios que a Escuta Qualificada traz aos usuários, seguidos por melhor ambiente para todos.

A resolutividade e a satisfação como os benefícios mais evidentes para os usuários mostram consonância com o que diz Duarte, Moreira e Duarte (2017), quando esclarecem que a Escuta Qualificada tem como um dos objetivos principais resolver as necessidades de saúde dos usuários que procuram o serviço e contribuir para a integralidade. Franco, Bueno e Merhy (1999) dizem que, no processo de Escuta Qualificada, há possibilidade de identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento.

Dentre alguns benefícios encontrados, destacam-se a acessibilidade, a otimização da resolutividade da assistência, a redução da fragmentação dos atendimentos e satisfação dos usuários, este considerado o principal benefício (SOARES, 2011), além de apresentar potencial terapêutico, contribuindo para a atenção centrada na pessoa (MAYNART *et al.*, 2014).

Tratando-se dos benefícios esperados para os profissionais de saúde, os participantes responderam que a satisfação é o maior benefício para o profissional, seguidos por motivação e dever cumprido. A palavra resolutividade foi também apresentada, porém numa significância para este grupo menor que a apresentada para os usuários.

No mesmo estudo citado anteriormente, Soares (2011) relata que, dentre outros benefícios trazidos para os profissionais de saúde, destaca-se a valorização do trabalhar, a criação do vínculo e a responsabilização com o usuário. Contudo, adverte que, para isso, é necessário interesse, garantir qualificação dos profissionais de saúde, e, antes de acolher, ser acolhido, cuidar de si, para que se torne capaz de cuidar do próximo.

Sobre os fatores que poderiam dificultar a implantação do acolhimento com Escuta Qualificada no serviço onde os profissionais de saúde atuam, as respostas evidenciaram que há falta de capacitação e diálogo, união e disposição dos profissionais de saúde. Outras respostas apresentadas foram: RH insuficiente, impaciência da equipe e aceitação de todos.

Considerando que o profissional de saúde é um sujeito ativo e protagonista das ações de saúde ofertadas na sua Unidade Básica de Saúde onde atua (BRASIL, 2006), realizar capacitações com compartilhamento de informações e estímulo às reflexões das dificuldades em seu processo de trabalho também tende a auxiliar no aprimoramento dos serviços prestados e na mudança do processo de trabalho. No estudo realizado por Raimundo (2011), mostrou-se que as capacitações são ferramentas imprescindíveis para o desenvolvimento das Escutas Qualificadas como instrumento de ações de acolhimento sistematizadas.

Duarte, Moreira e Duarte (2017) relataram que as dificuldades para a implantação de uma Escuta Qualificada eficiente são: ambiência inadequada, indefinição do profissional que fará a escuta, dentre outros. Trabalhar a Escuta Qualificada exige local, profissional e hora definidas.

De forma semelhante, Raimundo e Cadete (2012) discutem que, no processo de realização da Escuta Qualificada, os atores responsáveis devem compreender que a equipe precisa ter em mente que as soluções encontradas não competem somente a ela, mas são de responsabilidade de toda a instituição.

Apesar de a Escuta Qualificada ser realizada por profissional determinado e capacitado, há a necessidade do trabalho conjunto de todos os outros profissionais da Unidade Básica de Saúde, para que o direcionamento e resolutividade da demanda do usuário seja efetivamente alcançada. A falta de união e diálogo entre os atores da saúde, assim como a não aceitação de todos da instituição, foram fatores dificultadores apontados nessa pesquisa no processo de implantação.

A motivação demonstrada pelos profissionais da saúde em buscar qualificação é passo fundamental para se conseguir um aprendizado significativo, levando a uma construção e reconstrução de saberes (FREITAS; CUNHA, 2016) e, conseqüentemente, uma mudança em sua atuação e interação com os usuários e com os outros profissionais de saúde, no seu ambiente de trabalho, com a aquisição de novos conhecimentos e o aprendizado de novas formas de intervir na realidade, para efetivar a implantação pretendida, no caso, a implantação da Escuta Qualificada (MELO; MAIA FILHO; CHAVES, 2016).

Por fim, seguiu-se com o questionamento sobre a avaliação na prática da Escuta Qualificada na Unidade Básica de Saúde onde atua no momento. Observou-se, neste momento, que os participantes demonstraram opiniões diversificadas, até mesmo opiniões opostas entre si, não havendo, portanto, um consenso.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação conjunta de uma compreensão sobre a Escuta Qualificada evidenciou para os participantes que, apesar de cognitivamente apresentarem uma boa compreensão da Escuta Qualificada, suas dificuldades e benefícios evidenciaram que ainda não conseguem pôr em prática, de maneira organizada e eficaz, essa ferramenta nos seus ambientes de trabalho. A necessidade de capacitações mostrou-se necessária aos profissionais de saúde, qualificando-os para a prática da Escuta Qualificada.

É preciso compromisso de todos os profissionais de saúde para que se consiga trabalhar numa incorporação de um novo instrumento em seu processo de trabalho, com motivação, união e diálogo frequentes entre si.

Estimular a criticidade dos profissionais sobre a realidade que vivenciam, as ações que desenvolvem, buscando encontrar formas potenciais de exercitar que a Escuta Qualificada possua, também reconhecendo as dificuldades para tudo isso acontecer, são peças fundamentais para transformar em ações aquilo que está escrito nas orientações, diretrizes e normas das políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Material de apoio. 3. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização e ampliação (PNH)** [Internet]. 2006 [citado 2010 Jan 29]. Disponível em: http://portalsaude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idxt=27147. Acesso em: 10 jun. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011**; Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. 1ª reimp. – Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização** – HumanizaSUS. Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/sobre-o-programa/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BURLEY-ALLEN, Madelyn. **The Listening: the forgotten skill**. 2. edition. New York: Wiley, 1995.

CAMILLO, Simone de Oliveira; MAIORINO, Fabiana Tavolaro. A Importância da Escuta no Cuidado de Enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm.** v. 17, n. 3, p. 549-555, jul-set, 2012.

CARDOSO, Luísa Manjorane. Da experiência do escutar/dizer do psicólogo – na narratividade daqueles que dela partilham – a um sentido clínico atual apontado [**dissertação**] Recife (PE): Universidade Católica de Pernambuco. 2004.

DUARTE, Lindecy Pereira de Araújo; MOREIRA, Daiana de Jesus; DUARTE, Elisfabio Brito. Contribuição da Escuta Qualificada para a Integralidade na Atenção Primária. **Rev. Gestão & Saúde**, v. 08, n. 3, p. 414-429. Brasília, set. 2017.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 2, p. 345-352, abr-jun, 1999.

FERNANDES, Maria Helena. Implicações clínicas e metodológicas – Sobre a delicadeza da escuta, In: **FERNANDES, M. H. Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 93-99.

FREITAS, Maria Aparecida de Oliveira; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Aprendizagem significativa na formação continuada de profissionais de saúde. **Aprendizagem Significativa em Revista**, v. 6, n. 2, p. 01-20, 2016.

LIRA, Maria dos Remédios da Silva. Avaliação do acolhimento nas unidades de saúde da família em São Luis (MA). 2014. 99 f. **Dissertação** (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

LOPES, Adriana Santos; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; MELO, Ricardo Henrique Vieira de. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde**: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan./mar. 2015.

MAYNART, Willians Henrique da Costa *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.** 2014; v. 27, n. 4, p. 300-304.

MELO, Armando Sérgio Emericinano; MAIA FILHO, Osterne Nonato; CHAVES, Hamilton Viana. Lewin e Pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 153-159, jan-abr, 2016.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.

MOURA, Karla Dannyelli da Cruz. O lugar da escuta na educação, na saúde e na nutrição. 2016. 40f. **Monografia** (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

NILSON, Luana Gabriele. **Introdução ao Acolhimento**. Universidade Federal de Santa Catarina – Núcleo Telessaúde de Santa Catarina. Florianópolis, 2017. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/18978/mod_resource/content/1/Unidade%201%20-%20Acolhimento.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

OLIVEIRA, Adriano de *et al.* A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. São Paulo: **Interface**, v. 12, n. 27, Botucatu, oct.-dec. 2008.

RAIMUNDO, Jader Sebastião. Procedimentos de Gestão Social na Escuta Qualificada: elementos para um programa de formação continuada em serviço de saúde. [**Dissertação**] Belo Horizonte: Centro Universitário UNA; 2011.

RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm.** 2012; v. 25, n. 2, p. 61-67, 2012.

SANTOS, Jussara Paixão. A escuta qualificada – instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado. 2014. 26f. **Monografia** (Título de Especialista em Gestão de Pessoas) – Curso de Pós-graduação *latu sensu*, Programa FGV in company, São Paulo, 2014.

SANTOS, Rosângela Alves dos *et al.* Percepções do Graduando de Enfermagem sobre a Importância do Acompanhante do Paciente Internado. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** V. 5, n. 1, p. 1425-1438, jan-abr, 2015.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, dez, 2004.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VIANA, Eliane Cristine Lyra Oliveira; LIMA, Rita de Cássia Gabrielli da Silva. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: Uma Proposta de Reorganização do Acesso. **Rev. Bra. Tec. Soc.** v. 5, n. 1, p. 2-9, Itajaí, 2018.

ZINN, Michele Barros. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção dos profissionais de saúde nas unidades de estratégia saúde da família de Cachoeira do Sul. 2016. 50f. **Monografia** (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016.

CAPÍTULO IV

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS EM RAÇA/COR NEGRA NO NORDESTE BRASILEIRO: TENDÊNCIA TEMPORAL 2012–2021

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSF447.1123-4

Adson Yvens de Holanda Agostinho
Isa Carolina Gomes Félix
Maryanne Ferreira Soares
Vanessa Almeida do Nascimento
Michael Ferreira Machado

1. INTRODUÇÃO

Face ao fenômeno da mortalidade infantil, apreende-se que as iniquidades em saúde e as vulnerabilidades sociais são importantes elementos na compreensão desse fenômeno. Acerca dos indicadores socioeconômicos, a região Nordeste apresenta disparidades, persistindo com uma taxa de mortalidade infantil de 19,1 mil por nascidos vivos, acima da média nacional (16 a cada mil) (BRASIL, 2021).

A população negra, compreendida como pretos e pardos, engloba uma expressiva porção dos brasileiros (47% pardos e 9,1% pretos). A fim de analisar a mortalidade segundo raça/cor, estudos identificam que recém-nascidos de origem preta ou parda têm um quarto de chance a mais de falecer antes do final do primeiro ano de vida (CALDAS *et al.*, 2017; UNESCO, 2011). Esse fato relaciona-se ao mito da Democracia Racial, na tentativa de encobrir as diferenças socioeconômicas atribuídas ao histórico de escravização dos povos africano e indígena (PINTO, 2014). Nessa conjuntura, Almeida (2018, p. 82) afirma:

[...] a necessidade de unificação nacional e formação de mercado interno, em virtude do processo de industrialização, dá origem a toda uma dinâmica institucional para produção do discurso da democracia racial, em que a desigualdade racial - que se reflete no plano econômico - é transformada em diversidade cultural e, portanto, tornada parte da paisagem nacional.

No âmbito do Movimento de Reforma Sanitária durante as décadas de 1980 a 1990, os primeiros modelos de Atenção à Saúde Materno-Infantil surgiram na década de 1970, visando

aprimorar os indicadores em saúde reprodutiva da mulher e de saúde da criança. Os desdobramentos desse objetivo foram estruturados a partir da institucionalização do Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) (GENOVESI *et al.*, 2020).

Ainda no campo das políticas de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se na realização de pré-natal e estratificação de risco das gestantes mediante a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami), divulgada pelo Ministério da Saúde em 2022, em substituição à Rede Cegonha (BRASIL, 2022). Essa ação só se tornou factível a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994 e tornada nacional em 1998, como ferramenta de organização da APS (PASCHE *et al.*, 2021), e do fortalecimento de programas de redistribuição de renda, como o Programa Bolsa Família, sendo determinantes na ampliação da cobertura de saúde da família, melhoria de indicadores sociais e consequente redução de óbitos infantis (LOURENÇO *et al.*, 2014).

Assim, são evidenciados o pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério, a humanização do parto e nascimento, visando promover dignidade em saúde às mulheres e recém-nascidos. Logo, é objetivo deste estudo analisar as tendências de mortalidade infantil, raça/cor negra, por causas evitáveis no Nordeste brasileiro entre os anos de 2012 e 2021.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A mortalidade infantil é definida como a quantidade de óbitos de nascidos vivos antes do primeiro ano de vida. Portanto, é um indicador relevante sobre a qualidade de vida infantil, efetividade de políticas públicas e desenvolvimento de um país (BRASIL, 2021).

As causas evitáveis são “eventos-sentinelas”, pois poderiam ser evitados caso houvesse adequado funcionamento da rede de atenção à saúde ou tecnologia médica adequada. Logo, a Organização das Nações Unidas estabelece a redução da mortalidade infantil para, no máximo, cinco por mil nascidos vivos até 2030 como uma prioridade incluída nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) (ONU, 2013).

Para enfrentamento eficaz da problemática, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 11^a revisão (CID 11) organiza por causa básica do óbito em mortes evitáveis reduzíveis por 1.1 ações de imunoprevenção; 1.2 adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido; 1.2.1 adequada atenção à mulher na gestação; 1.2.2 adequada atenção à mulher no parto; 1.2.3 adequada atenção ao recém-nascido; 1.3 ações

adequadas de diagnóstico e tratamento; 1.4 ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde (OMS, 2019).

O Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, uma consulta no primeiro trimestre de idade gestacional, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre (BRASIL, 2011). Evidencia-se, por estudos observacionais, que o número insuficiente de consultas pré-natal é fator de risco para a mortalidade tanto fetal como neonatal, pois impossibilita ou atrasa intervenções no momento apropriado da gravidez, podendo ocasionar complicações e contribuir para que os desfechos perinatal e materno sejam desfavoráveis (BALSELLS *et al.*, 2018) (CUNHA *et al.*, 2019).

Os desfechos perinatais são influenciados por macrodeterminantes, dentre os quais temos o nível sócio-econômico-cultural, por determinantes intermediários, como o estado nutricional da gestante durante a gravidez, pré-natal e parto adequados. Além destes, enquadram-se os determinantes individuais, como possíveis complicações perinatais (BRITO *et al.*, 2022).

No Brasil, a identificação de raça/cor é realizada por meio da autoafirmação de características étnico-culturais e categorizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em branca, preta, parda, amarela e indígena. Neste estudo, considera-se negra a população preta e parda, conforme previsto pelo IBGE (IBGE, 2022).

O Nordeste é a região brasileira com maior concentração de pessoas autodeclaradas pretas (11,4%) e a terceira maior região de proporção de pardos (63,1%), segundo dados da série histórica de 2012 a 2021 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) — Características Gerais dos Moradores, do IBGE (IBGE, 2022).

Segundo o estudo “Nascer no Brasil”, o Nordeste é a segunda região com maior taxa de inadequação do número de consultas pré-natal (34,4%), estando atrás apenas da região Norte (42,7%). Contudo, percebe-se que o Nordeste lidera a taxa de peregrinação das mulheres no momento da admissão para o parto (33,1%) em decorrência da inadequação de vínculo a uma maternidade de referência, aumentando os riscos de complicação para a mulher e o neonato (VIELLAS *et al.*, 2014).

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional analítico retrospectivo, de abordagem quantitativa, no qual foram analisados os dados referentes à mortalidade infantil por causas evitáveis na população negra entre os estados do Nordeste e o Brasil no período de 2012 a 2021.

As informações foram obtidas por meio de dados secundários fornecidos pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS).

A coleta de dados foi realizada nos dias 27 e 28 novembro de 2021, com tabulação em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel 2016. A população deste estudo é composta por nascidos vivos da raça/cor negra que morreram < 01 ano de idade completos, totalizando de 544.017 notificações junto ao SIM. O tratamento analítico dos dados foi realizado pelo *software Joinpoint Regression Program*, versão 4.5.0.1, desenvolvido pelo *National Cancer Institute* (NCI). Expecta-se a análise de tendências temporais dos coeficientes de mortalidade infantil por causas evitáveis. A descrição da tendência foi realizada a partir de Variações Percentuais Anuais (APC – *Annual Percentage Change*) e Variação Percentual Anual Média (AAPC – *Average Annual Percentage Change*), considerando 95% como intervalo de confiança (IC95%) e significância de 5% (valor de p). É considerado crescimento significativo quando APC ou AAPC > 0 e p < 0,05; é redução significativa quando APC ou AAPC < 0 e 0 < 0,05; é tendência estacionária quando APC ou AAPC = 0 e/ou p > 0,05.

Este estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as Resoluções nº 466/12, nº 522/16 e nº580/18 do Conselho Nacional de Saúde, por analisar dados secundários de domínio público dos sistemas de informação em saúde, sendo esta uma das limitações deste estudo.

4. RESULTADOS

A mortalidade infantil por causas evitáveis compreende as mortes daqueles nascidos vivos até o 365º dia de vida. A evitabilidade da morte nessa faixa etária está associada à atenção à gestação, ao parto, ao feto e ao recém-nascido. No período analisado, de 2012 a 2021, foram notificados junto ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) um total de 544.017 mortes infantis no Brasil, sendo destas 2,35% (n=12.805) por pretos e 49,61% (n=269.908) por pardos. A região Nordeste foi responsável por quase metade do total de mortes nacionais, correspondendo a 36,75% (n=199.923), sendo destes 1,84% (n=3.685) por pretos e 67,33% (n=134.607) pardos.

Tabela 1 – Tendências das porcentagens de mortalidade infantil por causas evitáveis na região Nordeste entre 2012 e 2021

Mortalidade por Causas Evitáveis					
Região	Raça/Cor	Período	APC (IC95%)	AAPC (IC95%)	Tendência
Brasil	Preta	2012-2017	-1.3 (-4.6 a 2.1) p=0.373	2.8 (0.5 a 5.1) p=0.018	Crescente
		2017-2021	8.1 (2.7 a 13.8) p=0.012		
	Parda	2012-2021	1.1 (-1.3 a 3.6) p=0.312	1.1 (-1.3 a 3.6) p=0.312	Estacionária
Nordeste	Preta	2012-2015	-14.6 (-27.9 a 1.1) p=0.061	1.4 (-3.5 a 6.6) p=0.575	Estacionária
		2015-2021	10.6 (5.1 a 16.3) p=0.004		
	Parda	2012-2016	3.4(2.9 a 3.8) p<0.001	1.7 (1.6 a 1.9) p<0.001	Crescente
		2016-2021	0.5 (0.2 a 0.7) p=0.006		
Alagoas	Preta	2012-2016	-33.2 (-54.3 a -2.4) p=0,041	-0.8 (-16.0 a 17.2) p=0.929	Estacionária
		2016-2021	36.2 (6.1 a 74.9) p=0.024		
	Parda	2012-2021	1.4 (0.4 a 2.4) p=0.012	1.4 (0.4 a 2.4) p=0.012	Crescente
Bahia	Preta	2012-2015	-10.1 (-28.7 a 13.4) p=0.291	5.5 (-1.7 a 13.2) p=0.135	Estacionária
		2015-2021	14.3 (6.0 a 23.3) p=0.006		
	Parda	2012-2016	6.0 (3.6 a 8.5) p=0.001	2.5 (1.5 a 3.6) p=0.001	Crescente
		2016-2021	-0.1 (-1.7 a 1.4) p=0.823		
Ceará	Preta	2012-2021	-5.4 (-13.2 a 3.1) p=0.177	-5.4 (-13.2 a 3.1) p=0.177	Estacionária
	Parda	2012-2021	2.6 (1.5 a 3.8) p=0.001	2.6 (1.5 a 3.8) p=0.001	Crescente
Maranhão	Preta	2012-2016	-11.4 (-22.5 a 1.4) p=0.069	1.7 (-4.2 a 7.9) p=0.576	Estacionária
		2016-2021	13.5 (3.8 a 24.2) p=0.015		
	Parda	2012-2021	-0.1 (-1.0 a 0.9) p=0.863	-0.1 (-1.0 a 0.9) p=0.863	Estacionária
Paraíba	Preta	2012-2021	4.5 (-7.4 a 18.1) p=0.424	4.5 (-7.4 a 18.1) p=0.424	Estacionária
	Parda	2012-2021	0.1 (-0.4 a 0.5) p=0.745	0.1 (-0.4 a 0.5) p=0.745	Estacionária

Mortalidade por Causas Evitáveis					
Região	Raça/Cor	Período	APC (IC95%)	AAPC (IC95%)	Tendência
Pernambuco	Preta	2012-2014	-27.7 (-62.0 a 37.4) p=0.251	-5.4 (-15.5 a 6.0) p=0.341	Estacionária
		2014-2021	2.2 (-3.1 a 7.8) p=0.344		
	Parda	2012-2021	1.0 (0.7 a 1.4) p<0.001	1.0 (0.7 a 1.4) p<0.001	Crescente
Piauí	Preta	2012-2021	4.0 (-7.1 a 16.5) p=0.442	4.0 (-7.1 a 16.5) p=0.442	Estacionária
	Parda	2012-2016	4.7 (2.7 a 6.7) p=0.002	0.9 (0.1 a 1.7) p=0.038	Crescente
		2016-2021	-2.1 (-3.3 a -0.8) p=0.008		
Rio Grande do Norte	Preta	2012-2018	-25.6 (-33.7 a -16.5) p=0.001	-8.1 (-17.3 a 2.1) p=0.115	Estacionária
		2018-2021	40.2 (-0.6 a 97.8) p=0.053		
	Parda	2012-2021	4.5 (3.6 a 5.4) p<0.001	4.5 (3.6 a 5.4) p<0.001	Crescente
Sergipe	Preta	2012-2021	-5.0 (-10.4 a 0.8) p=0.080	-5.0 (-10.4 a 0.8) p=0.080	Estacionária
	Parda	2012-2021	4.1 (2.3 a 5.9) p=0.001	4.1 (2.3 a 5.9) p=0.001	Crescente

Nota: APC (*Annual Percentage Change* – Variações percentuais anuais) e AAPC (*Average Annual Percentage Change* – Variação percentual anual média) com IC (Intervalo de Confiança) 95%. N = 12.805 (pretos) 269.908 (pardos).

Fonte: Elaborada pelos autores.

Durante o período analisado, o Brasil apresentou aumento da tendência de mortalidade da população preta (AAPC 2.8 (0.5 a 5.1) p=0.018), sendo notório entre os anos de 2017 e 2021 (APC 8.1 (2.7 a 13.8) p=0.012). Por outro lado, os pardos não apresentaram dados concretos quanto a sua tendência, apesar do quantitativo absoluto ser elevado. Contudo, em estudo ecológico de séries temporais da taxa de mortalidade por causas evitáveis e não evitáveis, utilizando como bases uma análise entre os anos de 2000 e 2013, foi notado um declínio dos índices de mortalidade infantil brasileiros (MALTA, 2019). Sendo assim, busca-se entender as disparidades registradas que podem ser oriundas não só da diferença metodológica, mas também da abordagem realizada, já que a pesquisa em torno do grupo negro é escassa e, assim,

sua análise individualizada escancara as condições nefastas que enfrentam, as quais são esquecidas por pesquisas absolutas.

Assim como, no Nordeste brasileiro, a mortalidade da população parda foi maior que a preta, aquela manteve uma tendência crescente (AAPC 1.7 (1.6 a 1.9) $p < 0.001$), estando a população preta em tendência estacionária. No entanto, apesar dos esforços já realizados em torno da diminuição desses índices, além de outros estudos mostrarem tendências de declínio em períodos diferentes, a exemplo de Carlos Souza entre os anos de 2001 e 2015 (SOUZA, 2021).

Em avaliação de preditivos de óbitos fetais frente a nascidos vivos, há ainda uma progressão de indicadores de risco para mortalidade infantil, sendo esses, a saber: baixo peso ao nascer; anóxia, prematuridade; cesariana; ausência de pré-natal; mãe adolescente; analfabetismo e nenhum filho nascido vivo e morto. O aumento desses índices implica não só em complicações pós-natais, mas também na não sobrevivência desse recém-nascido, ou seja, persistem um conjunto de fatores associados a problemas na gestação, atenção ao parto e a mãe (VANDERLEI, 2010; VIDAL, 2005).

De forma diversa ao contexto nacional, o Nordeste não apresenta, dentre seus estados, algum que revele tendências de aumento ou diminuição dos índices de mortalidade infantil dos pretos. Contudo, o fato de não se traçar uma linha de tendência não implica que os dados são menos importantes. De acordo com o último Censo de 2010 publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população preta e indígena foram as que registraram os maiores índices de mortalidade infantil, porém esses dados não apresentaram a mesma distribuição regional, estando a população preta mais sujeita em não sobreviver durante seu primeiro ano de vida nas regiões Norte e Nordeste (CALDAS, 2017).

Quanto à parcela parda da amostra, apenas dois estados não demonstraram crescimento de seus índices, estando, pois, estacionárias, sendo esses Maranhão e Paraíba. Por outro lado, o Rio Grande do Norte (AAPC 4.5 (3.6 a 5.4) $p < 0.001$) teve a maior tendência de crescimento dos índices do período estudado, enquanto o Piauí (AAPC 4.1 (2.3 a 5.9) $p = 0.001$) obteve o menor crescimento.

Apesar de haver estudos com base na mortalidade neonatal precoce e tardia no estado do Rio Grande do Norte que evidenciam uma queda da TMI (SOUZA, 2019), há não só uma escassez na quantidade de pesquisas quanto à mortalidade infantil dessa região, mas também quanto ao recorte de raça/cor negra. Estudos em torno dessa área são imprescindíveis para

reversão da tendência evidenciada e consequente melhora da qualidade de vida de sua população.

Segundo dados do IBGE, o estado do Piauí apresenta um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano, fato que está estreitamente associado com os indicadores de qualidade de vida do estado (IBGE, 2010). Ademais, segundo o IBGE, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) para o estado em 2016, foi de 19,1/1000 nascidos vivos, enquanto a do Brasil foi de 13,3/1000 nascidos vivos no mesmo período (IBGE, 2020). Atrelado a isso, percebe-se que, apesar de o estado representar um baixo crescimento de seus índices frente aos demais estados nordestinos, isso não se revela como um fator de melhora, mas permanece como um sinal de alerta, evidenciando um elo crítico da saúde pública e de assistência à gestação, parto, recém-nascido e mulher durante a gestação (COSTA, 2020).

Um dos fatores que auxilia a entender as disparidades entre o presente estudo e os demais repousa sobre as mudanças de classificação de raça/cor adotadas pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Após o ano de 2011, a classificação da raça/cor dos recém-nascidos foi pautada com base na raça/cor da mãe, enquanto o sistema de classificação dos óbitos infantis do Sistema de Informação sobre Mortalidade não sofreu alterações.

Em estudo descritivo realizado por Caldas, percebeu-se que, após as mudanças, houve uma diminuição das taxas de mortalidade infantil (TMI) em todas as etnias (CALDAS, 2022). Por conseguinte, uma vez que o cálculo da TMI implica na razão entre o total de óbitos pela quantidade de nascidos vivos, e, apesar dos dados utilizados sofrerem problemas de notificação como a própria subnotificação, a forma como as informações são dispostas escancara não só as iniquidades em saúde, mas também a violação de direitos de pretos, pardos e indígenas (CHOR, 2005).

Com o surgimento do novo século, houve diversos avanços tanto nas políticas públicas que visam o fornecimento de um serviço de saúde mais amplo e eficaz, quanto melhorias nos demais determinantes sociais, como moradia, educação, renda e saneamento (FRIAS, 2013; SHEI, 2013). Contudo, seja pela implementação do Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher, do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, da ampliação da Atenção Primária à Saúde por meio da Rede de Atenção Materna e Infantil, ainda se observam fragilidades que revelam a ineficiência em fazer frente a questões que poderiam ser preveníveis total ou parcialmente por meio de ações de serviços de saúde mais efetivos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho conta com uma análise não só sob a perspectiva da mortalidade infantil, mas também da raça/cor negra que, por muitos, passa despercebida e esconde um abissal de iniquidades e lesão de direitos inerentes a todo e qualquer cidadão. Apesar dos esforços governamentais em refrear esse avanço, são necessárias medidas mais efetivas e a garantia de que o que está sendo proposto chegue a todos, uma vez que, sendo o Nordeste uma região de grandes dimensões, é necessário garantir que todos tenham acesso à saúde pública, gratuita e de qualidade.

Percebe-se que a forma como as variáveis são obtidas interfere na forma de visualização da realidade cotidiana, logo, pelo fato de ser fruto de dados secundários, há a possibilidade de esses conter erros de preenchimento das notificações, assim como subnotificação. Ademais, se faz necessário mais estudos nesse campo como forma de tornar possível a tomada de decisões com base em conhecimentos sólidos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?**. Belo Horizonte, Letramento, p. 204, 2018.

BALSELLS, Marianne Maia Dutra *et al.* Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 247-254, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800036>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade infantil no Brasil**. Boletim Epidemiológico 37, Brasília, v. 52, n. 1, Out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 4 abr. 2022. p. 1215.

BRITO, Franciele Aline Machado de *et al.* Rede Cegonha: maternal characteristics and perinatal outcomes related to prenatal consultations at intermediate risk. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 56, n. 1, e20210248, jan. 2022. FapUNIFESP (SciELO).

CALDAS, Aline Diniz Rodrigues *et al.* Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 7, p. 1-13, 7 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

CALDAS, Aline Diniz Rodrigues *et al.* Iniquidades étnico-raciais na mortalidade infantil: implicações de mudanças do registro de cor/raça nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 1-14. 2022.

CHOR, Dóra; LIMA, Claudia Risso de Araujo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 21, n. 5, p. 1586-1594. 2005.

COSTA, Rafael Everton Assunção Ribeiro da *et al.* Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis no estado do Piauí: 2008 a 2017. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 12, n. 10. 2020.

CUNHA, Ana Carolina *et al.* Evaluation of prenatal care in Primary Health Care in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 447-458, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO).

FRIAS, Paulo Germano de *et al.* Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 47, n. 6, p. 1048-1058. 2013.

GENOVESI, Flávia Françoso *et al.* Maternal and child health care: adequacy index in public health services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 4, p. 327-345, 2020. FapUNIFESP (SciELO).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaques>. Acesso em: 08 dez. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. IBGE. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Piauí. IBGE. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi.html>. Acesso em: 20 dez. 2022.

LOURENÇO, Eloisio do Carmo *et al.* Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 7, p. 2055-2062, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 22, p. 1-15, 2019. UFMG (SciELO)

OMS. **CID-11 para estatísticas de morbidade e mortalidade**. Versão: Abril 2019. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2019.

ONU. **Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013**. Nações Unidas, Nova Iorque. 2013 jun. Versão portuguesa. Lisboa: UNRIC; 2013.

PASCHE, Dário Frederico *et al.* Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 887-896, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO).

PINTO, Márcia Cristina Costa; FERREIRA, Ricardo Franklin. Relações raciais no Brasil e a construção da identidade da pessoa negra. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei , v. 9, n. 2, p. 257-266, dez. 2014.

SHEI, Amie. Brazil's conditional cash transfer program associated with declines in infant mortality rates. **Health Affairs** [S.L.], v. 32, n. 7, p 1274-81. 2013.

SOUZA, Ana Mayara Gomes de et al. Perfil epidemiológico da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte-Brasil: Um estudo de base secundária. **Revista Ciência Plural**, [S. L.], v. 4, n. 2, p. 115-128. 2019.

SOUZA, Carlos Dornels Freire de et al. Novo século, velho problema: tendência da mortalidade infantil e seus componentes no Nordeste brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 133-142. 2021.

UNESCO. **Afro: 2011 Ano Internacional das e dos Afrodescendentes**. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Brasília: United Nations, 2011, 12 p.

VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes et al. Avaliação de preditores do óbito neonatal em uma série histórica de nascidos vivos no Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 449-458. 2010.

VIDAL, Suely A. et al. Avaliação da série histórica dos nascidos vivos em unidade terciária de pernambuco: 1991 a 2000. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 51, n. 1, p. 17-22. 2005.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 85-100, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

CAPÍTULO V

CARTILHA SOBRE PLANO DE PARTO PARA GESTANTES EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSF447.1123-5

Mara Gabriela Brasileiro de Lucena Ferreira
Divanise Suruagy Correia
Maria das Graças Monte Mello Taveira

1. INTRODUÇÃO

O Produto Educacional (PE) se configura como o resultado de uma atividade de pesquisa. Assim, em sua produção, apresenta características, especificações e técnicas que permitem a interação com o público-alvo. Dentre as diferentes tipologias de produtos educacionais, de acordo com as categorias apresentadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), selecionamos o material didático como opção de PE em formato de folder. Elaboramos um plano de parto que possibilita a relação estabelecida entre a mulher grávida e os profissionais de saúde que lhe darão suporte ao longo de todo o processo do parto e nascimento, sobretudo nos aspectos sentimentais e comportamentais que tais gestantes consideram prioritários – seja para elas mesmas ou para o bebê em plena formação, em um conjunto complexo de percepções (PICCININI et al., 2012).

O uso de um plano de parto é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pois este é um documento que aborda as preferências e desejos individuais de parto e nascimento por parte da gestante. Assim, é discutido com um profissional de saúde para facilitar os cuidados profissionais em saúde oferecidos à gestante.

É sabido que expectativas distanciadas da realidade podem provocar forte insatisfação com a experiência do parto, e nesse sentido, o plano também tem potencial amenizador, pois seu uso clínico se torna um instrumento positivo de influência da construção de desfechos favoráveis para os processos materno-fetais (MEDEIROS et al., 2019). Por esse motivo, convém divulgar e incentivar a apropriação desse recurso sempre que conveniente para as gestantes usuárias dos serviços de saúde. Nesse contexto, o papel do enfermeiro é fundamental para garantir assistência integral e de qualidade para a gestante, justamente na oferta de conhecimentos e orientações úteis para torná-las protagonistas cientes e participativas ao longo

de todo processo (BRANCO et al., 2022). Busca-se, portanto, limar a passividade danosa de um comportamento materno sem informações nem esclarecimentos acerca de todos os acontecimentos biológicos, sociais e comportamentais inerentes ao fenômeno da gestação humana.

Até agora, os estudos sobre planos de parto relataram resultados mistos, fortalecendo a necessidade de uma investigação mais atualizada e aprofundada sobre a situação dessa ferramenta, enfatizando sua capacidade e suas potenciais utilidades. Alguns relatam que as mulheres com plano de parto têm uma experiência melhorada e estão mais satisfeitas, possivelmente correlacionando-se com o número de solicitações atendidas de plano de parto.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de parto como instrumento de apoio e empoderamento às gestantes para que possam expressar desejos pessoais e expectativas sobre seu parto de modo a atender suas necessidades particulares.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar as possibilidades de acesso das gestantes em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Atalaia/AL, Brasil, a conhecimentos obstétricos e gestacionais de interesse para um parto tranquilo e seguro;
- Analisar as melhores formas de confeccionar um Produto Educacional que possa ser simultaneamente simples, acessível, e informativo para as gestantes atendidas em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona rural de Atalaia/AL, Brasil.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O objetivo maior de qualquer atividade para todas as equipes de saúde deve ser o benefício de seus usuários, especialmente quando se trata de pessoas em vulnerabilidade social e exclusivamente dependentes dos sistemas públicos para serem atendidas e acompanhadas em todas as suas demandas de saúde. Algo que torna a situação ainda mais complexa por incluir determinantes sociais e até epidemiológicos (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011). É nesse sentido que produtos e ferramentas auxiliaadoras, como o plano de parto, devem ter sua aplicação cada vez mais incentivada e estimulada sempre que possível e pertinente.

As mulheres têm um destaque peculiar em seus atendimentos, especialmente quando na condição de gestante, visto que ,nesse período de suas vidas, complexos acontecimentos biológicos e metabólicos são intensificados, além do fato de passarem por muitos episódios reflexivos, pensamentos, sentimentos e planejamentos pessoais e coletivos sobre suas futuras vidas e responsabilidades, bem como nas expressões de sua própria sexualidade e na do casal (FIAMONCINI; DOS REIS, 2018). É também nesse período que a possibilidade de episódios de ansiedade e depressão pode adquirir maior intensidade, especialmente se existirem fatores que funcionem como gatilhos para tais situações. Isso mostra que os apoios familiar e profissional são fundamentais para amparar essas mulheres e garantir uma gestação segura tanto para ela quanto para o bebê (MARQUES; SOUZA; VERÍSSIMO, 2019).

Nesse contexto, mulheres com plano de parto sentem-se mais seguras durante o trabalho de parto, têm mais partos vaginais e um processo de parto mais fisiológico, que seriam por elas considerados mais naturais e seguros. Outros estudos não encontraram melhora na experiência de parto em mulheres com plano de parto ou constataram que as mulheres com plano de parto estão menos satisfeitas. Ainda assim, é possível afirmar que a construção do plano possui o potencial de redução dos medos, anseios e dúvidas das gestantes, além de permitir sua participação ativa no parto e na eventual identificação de violência obstétrica (DE OLIVEIRA; DE REZENDE, [s.d.]). É importante salientar que mesmo o plano de parto se mostra uma potente ferramenta de empoderamento no combate aos casos de violência obstétrica. Há ainda uma notável resistência em sua utilização e no seu aproveitamento nos sistemas de saúde (MORAES; YOSHIOKA; BONINI, 2020), tornando necessárias medidas que resolvam definitivamente a questão.

Embora os planos de parto tenham sido estudados em muitos países e sejam recomendados pela OMS, seu uso real no Brasil está entre as técnicas que devem ser estimuladas durante a gestação (MEDEIROS et al. 2019). Ademais, a prevenção e o enfrentamento da violência obstétrica devem estar entre as prioridades das gestões municipais, independentemente dos níveis da rede de atenção básica, com respeito à integridade, à autonomia e às singularidades das pessoas gestantes (FERREIRA, 2022). Sob o olhar dos próprios obstetras, há uma subjetividade significativa, no que se refere às ocorrências de episódios de violência obstétrica, de modo que, em muitos casos, eles mesmos se consideram vítimas. Isso demonstra o fato de que a relação humana que se estabelece entre a gestante e o profissional médico na ocorrência do parto é entrelaçada por complexos sentimentos, emoções e julgamentos (SENS; STAMM, 2019).

3. METODOLOGIA

Inicialmente realizou-se uma pesquisa bibliográfica para conhecer as perspectivas teóricas sobre aspectos positivos dos planos de parto. A partir desse mapeamento foi possível estabelecer subsídios para a escolha do referencial que norteia a elaboração do folder.

Posteriormente, buscou-se na web vários planos de parto, que foram analisados e contrastados com as atuais políticas de saúde sobre a questão, visando verificar a consistência e viabilidade de sua aplicação, tomando como referência a realidade local. A partir desse levantamento, pudemos observar questões mais recorrentes e mais importantes, que puderam ser levadas em consideração no momento da elaboração do PE.

Cabe mencionar que a própria experiência e as vivências com gestantes no decorrer da pesquisa permitiram ainda complementar informações mais específicas para a elaboração do PE, também com base nas demandas expostas nas entrevistas. Assim, a adequação dos conhecimentos acadêmicos amparados pelos diversos estudos publicados na literatura acerca dessa temática é aplicada de maneira direcionada para a realidade observada ao longo do PE, favorecendo a comunidade e tornando viáveis eventuais replicações em outras realidades, desde que com os devidos ajustes locais.

A última fase foi a confecção da cartilha, elaborada e diagramada no *software* de design *Adobe Illustrator*, da Adobe Inc. As ilustrações foram selecionadas no site *Freepik*, um banco virtual de imagens, possibilitando a construção de um *layout* lúdico e acessível para as gestantes que obtiverem acesso ao PE. O produto técnico pode ser visualizado a seguir.

Figura 1 – Plano de parto

Meu Parto

Para o caso da cesárea ser necessária:

Desejo o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea sempre que possível:
 Sim Não

Desejo a presença do meu acompanhante desde antes da anestesia:
 Sim Não

Desejo que minhas mãos fiquem livres para que eu possa pegar meu bebê:
 Sim Não

Na hora do nascimento, gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer:
 Sim Não

Após o nascimento, desejo que coloquem o bebê sobre o meu peito imediatamente:
 Sim Não

Que a Hora Ouro seja garantida com contato pele à pele;
 Amamentação na primeira hora de vida do bebê;
 Ver minha placenta antes de ser descartada;
 Que os primeiros cuidados do meu bebê fossem realizados próximos a mim, ao meu acompanhante;
 Que o primeiro banho seja feito após 24h de vida e realizado por _____

Agradeço desde já e com muito amor, a equipe envolvida, bem como todo empenho e carinho para tornar esse momento especial e tão importante para nós em um momento igualmente feliz, Tranquilo e Humanizado como deve ser.

Assinatura: _____

Informações Importantes

Comunicar aos profissionais da ESF, Branca-II qualquer intercorrência e assim que entrar em Trabalho de Parto;

Contatos Importantes:	
Nome	Celular
SMS - Atalaia/AL Rogério	82 9415-8771
SMS - Atalaia/AL Casquete	82 9945-9109
Instituto Ricardo Calheiros Kuda	82 9945-9109

- ✓ Manter amamentação em livre demanda;
- ✓ Limpeza do cordão umbilical com álcool à 70%;
- ✓ Consulta do bebê na primeira semana de vida do recém-nascido, avisar para que possamos agendar essa consulta no domicílio!
- ✓ Atenção aos testes do pezinho, olhinho, coraçãozinho, linguinha e orelhinha, normalmente são realizados na maternidade, caso não os tenha feito, em nosso município acontece da seguinte forma;

Teste do Pezinho	Nos Postos de Saúde
Teste do Coraçãozinho e Olhinho	Hospital João Lyra Filho
Teste da Orelhinha e Linguinha	Centro de Especialidades

Atalaia-AL ESF.

Meu plano de Parto

Eu me chamo: _____

Minha Vidinha

Fonte: elaborado pela 1ª autora (2022).

Figura 2 – Plano de parto (continuação)

A caminho da maternidade

Devo ir para a maternidade irei de

Eu realizei visita a maternidade dia

Irã me acompanhar no parto minha/meu

Tenho outros filhos quem cuidará deles enquanto eu estiver na maternidade será

Minha data provável de parto é:

Eu desejo um parto e humanizado

Se eu apresentar:

- Sangramento Vaginal;
- Contrações frequentes e regulares (no mínimo uma a cada 10 minutos);
- Perda expressiva de líquido pela vagina (a bolsa amniótica pode ter rompido);
- Diminuição ou ausência dos movimentos fetais;

Devo ir imediatamente para a maternidade de Referência!

Já organizei o que devo levar para a maternidade

Roupas e material de higiene para mim;

Roupas e material de higiene para o bebê;

Calçado confortável;

Absorvente pós-parto;

Exames, ultrassons e cartão de pré-natal;

Outros;

Gostaria que alguns fatores pessoais, étnicos ou religiosos fossem considerados durante a gravidez e o parto?

Sim Não

Meu Parto

Desejo ser informada a respeito de todos os procedimentos e / ou intervenções que se fizerem necessárias em mim e em meu bebê

Sim Não

Eu preciso me movimentar livremente!

O que desejo para o ambiente durante o meu trabalho de parto

Desejo ouvir músicas que me tranquilizem;

Desejo um ambiente com o mínimo de ruído e luminosidade;

Desejo poucas conversas paralelas;

Desejo fotografar / filmar;

Desejo usar óleo aromático e / ou aromaterapia;

Outros;

O que desejo comer e beber durante o período do meu trabalho de parto?

Água Suco Gelatina Salada de frutas Outros

Desejo aliviar as dores do meu trabalho de parto com:

Livre Movimentação Técnica de respiração

Massagem Exercícios na bola

Analgesia medicamentosa oportuna Outros

Desejo usar supositório de glicerina durante pré-parto

Sim Não

Desejo que o toque vaginal seja realizado apenas quando necessário e que eu seja informada antes

Sim Não

Quero ser lembrada que cada contração me leva mais perto ao encontro com meu bebê

Minhas Escolhas

Imagino que a posição mais confortável para ter meu bebê seja:

Deitada Sentada Semi-sentada

De pé De lado De quatro apoio

Outra:

Desejo escolher com liberdade a posição de parir e quando esta não for possível, desejo ser orientada!

Gostaria de evitar o corte no meu perineo (episiotomia), bem como, qualquer manipulação sem que seja necessária

Sim Não

Desejo ser informada sobre qualquer intercorrência, bem como da necessidade de intervenções, como uso de ocitocina, rompimento da minha bolsa, uso de oxigênio, medicações, entre outras...

Sim Não

Após o nascimento, se as condições forem possíveis, desejo:

Que a Hora Ouro seja garantida com contato pele a pele;

Amamentação na primeira hora de vida do bebê;

Aguardar a expulsão da placenta naturalmente;

Ver minha placenta antes de ser descartada;

Esperar o cordão umbilical parar de pulsar para realizar o corte;

Desejo que faça o corte do cordão;

Gostaria de vestir a própria roupinha do meu bebê;

Caso não seja possível realizar os primeiros cuidados do bebê próximo a mim, gostaria que fosse próximo ao meu acompanhante;

Que o primeiro banho seja feito após 24h de vida e realizado por:

Fonte: elaborado pela 1ª autora (2022).

4. RESULTADOS

Esperamos que a construção do plano de parto permita fortalecer ainda mais o vínculo entre gestante e equipe de Atenção Básica, no que se refere à certeza de suas escolhas, possibilitando mais tranquilidade emocional e empoderamento para a gestante e a garantia de uma assistência integral e de qualidade. Além disso, estimamos que a rotina das equipes de ESF poderá incorporar, cada vez mais, a utilização dos planos de parto como parte essencial de suas rotinas direcionadas às atividades com as gestantes durante o acompanhamento pré-natal.

Desse modo, tais profissionais também poderão ser sujeitos ativos e participantes de ações de educação permanente das equipes da Atenção Primária à Saúde, contribuindo continuamente com as melhorias nas ações de saúde pública e efetivando concretamente ações humanizadas, respeitadas e inclusivas (EVANGELISTA, 2019). Atitudes que podem ser multiplicadas para diferentes localidades e realidades, favorecendo um número significativo de mulheres gestantes usuárias dos serviços de saúde e também de profissionais realizadores e prestadores de tais serviços.

Almejamos que o plano de parto seja um instrumento efetivo na declaração das intenções das gestantes sobre o atendimento que espera, para si e para seu bebê, durante o processo de nascimento. Assim, esse instrumento denotará procedimentos médicos e intervenções aos quais as mães aceitam ser submetidas, bem como refletirá suas expectativas sobre como querem ser tratadas. Além disso, o plano de parto retrata o empoderamento feminino, transformando-as em protagonistas do próprio parto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de parto se configura como um mecanismo através do qual a gestante declara o atendimento esperado para si e, por conseguinte, para seu bebê durante o processo de parto. Ele permite que as mulheres se empoderem e transformem-se em protagonistas de seu parto humanizado. Assim, o plano é viável para assistência pré-natal, não só em relação às atividades do profissional, mas também para a segurança da gestante no momento do parto, a fim de torná-lo um acontecimento marcante, repleto de lembranças inesquecíveis e extremamente positivas para a mulher e sua família. Nesse sentido, incluir tal recurso na rotina de consultas PN promoverá um incremento concreto de qualidade no atendimento a partir de uma concepção de cuidado com a paciente para além de sua condição de gestante.

Alcançar uma mudança na percepção das gestantes sobre as complexas transformações em seus corpos e sobre suas novas experiências e responsabilidades, devidamente

compartilhadas com seus parceiros e familiares, é algo tangível com o acompanhamento atencioso das equipes de saúde, que poderão adequar os recursos dos quais dispõem conforme as distintas realidades de cada localidade e de seus habitantes. É essa a maior intervenção que um produto técnico pode oferecer ao usuário receptor dos cuidados e à equipe provedora de tais serviços.

É importante ressaltar que, muito embora essa ferramenta seja tão promissora em suas diversas serventias, ela ainda tem pouca evidência e utilização quando comparada com sua importância e simplicidade de aplicação. E é por isso que estudos que a contemplam como elemento principal devem ser estimulados, com o objetivo de fomentar interesse de investigação e implementação, atraindo cada vez mais a atenção acadêmica e o interesse de profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS), favorecendo o desenvolvimento de mais pesquisas sobre o plano de parto, tendo em vista o reduzido quantitativo desse conteúdo específico disponível na literatura.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2019.

BRANCO, J. S. M. C. *et al.* A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é gravidez?** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 32, p. 1-318, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. 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**, 13 nov. 2019. Seção 1, p. 97. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, 11 dez. 2019. Seção 1, p. 172. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, M. L. de; VELEDA, A. A.; COELHO, D. F.; TELO, S. V. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 6, n. 3, p. 379-390, dez. 2016.

CLÍMACO, L. C. C.; VILELA, A. B. A.; YARID, S. D.; BOERY, E. N. Pré-natal masculino: um relato de experiência no contexto da educação em saúde. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 2, 2020. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/conep/> Acesso em: 19 mai. 2021.

CORREIA, D. S. *et al.* Percepção e Vivência da Morte de Estudante de Medicina durante a graduação. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 44, n. 1, e013, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000100206&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2020.

DE OLIVEIRA, G. M.; DE REZENDE, G. P. **Plano de parto como ferramenta na prevenção da violência obstétrica**. [S.l.:s.d.]. DE SANTANA, W. N. *et al.* Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, 2020.

EVANGELISTA, A. S. M. **Contribuições dos profissionais da atenção primária à saúde no preparo da gestante para a parturição**: aprimorando o plano de parto e nascimento. [S.l.:s.d.], 2019.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e desafios. **Saúde debate**, v. 42, n.1, p. 208-223, 2017.

FERREIRA, L. S. **Empoderando pessoas grávidas de Franco da Rocha para que suas vozes sejam escutadas no processo de atualização do plano de parto**. [S.l.:s.d.], 2022.

FIAMONCINI, A. A.; DOS REIS, M. DE M. F. Sexualidade e gestação: fatores que influenciam na expressão da sexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.29, n. 1, p. 91-102, 2018.

GADELHA, I. P. *et al.* Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up. **Rev Rene.**, v. 21, e42198, 2020.

GONZALEZ, T. N.; CESAR, J. A. Posse e preenchimento da Caderneta da Gestante em quatro inquéritos de base populacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.19, p. 375-382, 2019.

GUERREIRO, E. M. *et al.* O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set. 2012.

GONÇALVES, M. F. *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 3, 2017.

GUIMARÃES, W. S. G.; PARENTE, R. C. P.; FERREIRA, T. L. F.; GARNELO, G. L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na estratégia saúde da família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE – Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/>. Acesso em: 20 ago.2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LE MOS, A. C. R. de. **Experiência de enfermeiros em relação ao plano de parto na atenção primária à saúde**. [S.l.:s.d.], 2020.

LIVRAMENTO, D. do V. P. *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 40, 2019.

LUZ, L. A. da; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 111-126, out. 2018.

LUZ, L. A. da. **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

LIMA, V. M. de.; MELO, A. C. R. Bioética: pesquisa em seres humanos e comitês de ética em pesquisa. Breves esclarecimentos. **Lecturas: educación física y deportes**, n. 78, 2004. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd78/etica.htm>. Acesso em: 19 mai. 2021.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. **Qualificação dos Gestores do SUS**, v. 2, p. 47-72, 2011.

MARQUES, A. C. M.; SOUZA, L. F.; VERÍSSIMO, M. R. G. **Gestação e seus fatores emocionais**. [S.l.:s.e.], 2019. MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 40, 2019.

MORAES, C. A.; YOSHIOKA, A. R. C.; BONINI, G. M. Análise do plano de parto como mecanismo de prevenção da violência obstétrica sob a ótica dos direitos da personalidade. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**, v. 6, n. 2, p. 18-36, 2020.

MOUTA, R. J. O. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 4, 2017.

PEREIRA, C. C. C. *et al.* Contribuições do plano de parto e estratégias para inserção no pré-natal: revisão narrativa. **Disciplinarum Scientia, Saúde**, v. 21, n. 2, p. 59-71, 2020.

PICCININI, C. A. CARVALHO, F. T. de; OURIQUE, L. R.; LOPES, R. S. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 28, n. 1, p. 27-33, 2012.

PICCININI, C. A. *et al.* Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, p. 27-33, 2012.

SEIBEL, T. S.; CANDIDO, C. L.; RODRIGUES, A. de F. M. Percepção de gestantes e puérperas sobre as características de suas consultas de pré-natal: Revisão integrativa. **UNESC**, v. 4, n.1, p. 44-60, 2020.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. de F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica: uma sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-16, 2019.

SETA, M. H. de.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3781- 3786, 30 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl2/3781-3786/#>. Acesso em: 17 out. 2021.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesqui. prá. Psicossociais**. SãoJoão Del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-16, dez. 2017.

CAPÍTULO VI

INDICADORES DA SÍFILIS NA POPULAÇÃO MASCULINA NOS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE, BRASIL, 2010–2018

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSF447.1123-6

Bruno Quintela Souza de Moraes
Isa Carolina Gomes Félix
Matheus Santos Duarte
Vanessa Almeida do Nascimento
Michael Ferreira Machado

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é caracterizada como uma doença infecciosa sistêmica causada pela bactéria Gram negativa *Treponema pallidum*. Sua transmissão se dá por via sexual, principalmente nos estágios iniciais da doença; vertical, quando passada da mãe para o feto, durante a gestação; ou ainda por transplante de órgãos e transfusão sanguínea. Dentre as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a sífilis apresenta destaque, pois corresponde a uma doença curável, com tratamento de baixo custo e, ainda, com altas taxas de incidência no Brasil (BRASIL, 2020).

Seu contexto epidemiológico se agrava diante da quantidade de casos assintomáticos da doença, visto que suas manifestações iniciais podem ser leves e discretas, seguidas por períodos de latência, o que faz com que muitas pessoas não sejam diagnosticadas, portanto, deem continuidade à cadeia de transmissão (BRASIL, 2016; PINTO et al, 2018).

Os estágios da sífilis podem ser divididos em recente (primária, secundária e latente recente), quando possui até um ano de evolução; e tardia (latente tardia e terciária), quando tem mais de um ano de evolução. Inicialmente, a doença se manifesta por uma lesão no local de inoculação da bactéria, a qual geralmente é única, indolor e rica em treponemas. Esta lesão pode permanecer por duas a seis semanas e desaparece espontaneamente, o que faz com que a doença passe despercebida em muitos casos (BRASIL, 2020; MAHMUD et al, 2019).

Após um período entre seis semanas e seis meses, outros sinais podem surgir, manifestando a sífilis secundária, como erupções cutâneas distribuídas principalmente no tronco, lesões eritemato-escamosas palmo-plantares, placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas, alopecia em clareira e madarose, febre, cefaleia, mal-estar e linfadenopatia,

gerando dúvida no momento do diagnóstico, pois não se trata de um quadro patognomônico (BRASIL, 2016).

A doença é caracterizada por períodos de latência, em que não se manifestam sinais ou sintomas. Quando não diagnosticada e tratada, pode voltar a se manifestar, repetindo o quadro secundário ou até mesmo com acometimento do sistema nervoso e cardiovascular, surgimento de gomas sífilíticas nos tecidos, configurando-se como sífilis terciária (BRASIL, 2016; MAHMUD et al, 2019).

No Brasil, nota-se uma preocupação sanitária na saúde da mulher, com ênfase no momento da gestação, quando é realizado o rastreamento para algumas ISTs, incluindo a sífilis, fazendo com que boa parte dos diagnósticos se deem neste período. Em razão deste contexto, a maioria dos diagnósticos são realizados no público feminino, acrescido ao fato de que as mulheres costumam frequentar mais os serviços de saúde (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017; MORAES; MACHADO; SOUZA, 2020).

No intuito de incentivar a construção de ações em saúde voltadas ao público masculino, foi instituída, em 2008, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), de modo a aproximar os homens dos serviços de saúde. Além disso, em 2018, foi lançado o Guia do Pré-Natal do parceiro para profissionais de saúde, com vistas a estimular o envolvimento do homem no momento da gestação e fortalecer o elo entre este e o serviço de saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2018).

Ao analisar a relação entre a infecção por sífilis e os homens, torna-se imperativo associar questões socioculturais e históricas que perpetuam a cultura do machismo e se refletem na saúde masculina. São vários os fatores desencadeantes da dificuldade do acesso dos homens aos serviços de Atenção à Saúde, tais quais a incompatibilidade de horários de funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, em especial a Atenção Primária à Saúde, a reduzida quantidade de ações estratégicas voltadas para atenção integral ao público masculino, reforçada pela construção cultural do papel do masculino na sociedade, mantendo um ciclo de restrições ao cuidado da saúde masculina (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017; CESARO; SANTOS; SILVA, 2018).

Neste sentido, este estudo tem como objetivo analisar a taxa de detecção da sífilis em homens, bem como a proporção da realização do tratamento do parceiro sexual, nos casos de sífilis congênita, ocorridos na região Nordeste em seus nove estados e em nível nacional, entre os anos de 2010 e 2018.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, com o uso de dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN/MS). Foram selecionados, para este estudo, os dados referentes ao espaço temporal de 2010 a 2018 devido à inexistência de dados disponíveis em outros períodos.

Foram analisadas as taxas de detecção anuais de sífilis adquirida (casos/100.000 habitantes) de cada um dos estados do Nordeste brasileiro; desta região (integralmente); bem como a taxa de detecção nacional. A taxa de detecção anual, para cada um dos estados e das regiões selecionadas, foi multiplicada pela distribuição percentual de homens acometidos por sífilis em relação ao total de casos. Assim, foi possível calcular a taxa de detecção de sífilis adquirida em homens, por ano, a cada 100 mil habitantes nos recortes geográficos selecionados.

Além disso, a distribuição percentual da realização do tratamento do parceiro nos casos de sífilis congênita, nos mesmos estados e mesmas regiões geográficas e para cada um dos anos selecionados, foram calculadas a partir do *software Joinpoint Regression v.4.9.0.0 (Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute)*. Com isso, foi possível traçar linhas de tendência temporais e calcular a variação percentual média por ano e dentro do período estudado, sendo o ano a variável independente e consideradas significantes as tendências com p valor $< 0,05$.

O indicador relacionado ao tratamento do parceiro foi dividido em porcentagem de casos que o parceiro foi tratado, não foi tratado ou em que este item foi “ignorado”. Tais divisões foram avaliadas de forma independente, de modo que foi possível descrever tendências temporais crescentes, decrescentes ou estacionárias. As tendências foram classificadas como decrescente quando APC ou AAPC > 0 e $p < 0,05$, decrescente quando APC ou AAPC < 0 e $p < 0,05$ e tendência temporal estacionária quando APC ou AAPC = 0 e ou $p > 0,05$.

Mesmo considerando todos os cuidados metodológicos, o presente estudo apresenta limitações, a saber: 1) elevado número de variáveis sem o registro adequado; 2) uso de dados secundários provenientes dos sistemas de informação em saúde, que pode não expressar corretamente a realidade; 3) a qualidade das informações registradas nos sistemas de informação em saúde, em razão da diversidade na capacidade organizativo-institucional, no âmbito da gestão e da vigilância em saúde, nos diversos contextos brasileiros.

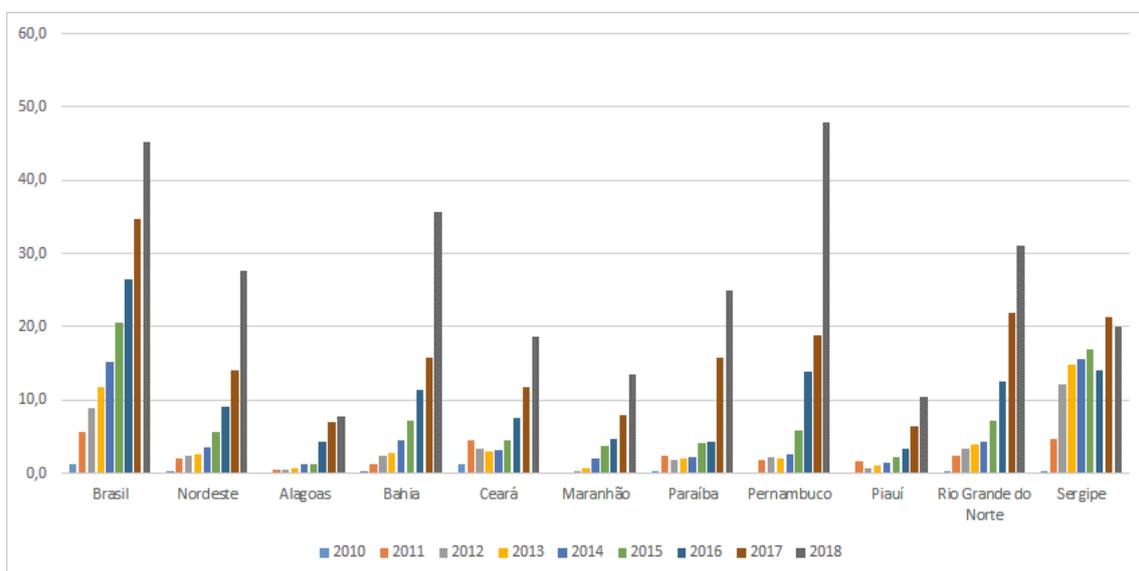
Esse estudo utilizou dados de domínio público e de livre acesso, sem a identificação de pacientes. Portanto, dispensou a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão

Nacional de Ética em Pesquisa, de acordo com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde de n. 466, de dezembro de 2012 e n. 580, de março de 2018.

3. RESULTADOS

O primeiro indicador analisado foi a taxa de detecção da sífilis entre os homens, que cresceu em todos os recortes geográficos ao longo de todo o período estudado, com elevação acentuada, principalmente, nos dois últimos anos. A Figura 1 compara a taxa de detecção da sífilis em homens a cada 100 mil habitantes por cada localidade, ano a ano.

Figura 1 – Taxa de detecção de sífilis em homens entre 2010 e 2018, por ano de diagnóstico (casos/por 100 mil habitantes)



Fonte: elaborado pelos autores.

O Ceará apresentou taxa de detecção maior que a da região Nordeste entre 2010 e 2013. No ano seguinte, a Bahia obteve uma taxa maior que a regional. Ambos os estados não ultrapassaram a taxa de detecção do Brasil. O estado do Rio Grande do Norte exibiu taxas acima da que foi detectada no Nordeste, com exceção apenas em 2010. Sergipe também obteve marca semelhante, ultrapassando inclusive a taxa de detecção brasileira em 2014.

Importante observar que, em 2018, a região Nordeste (27,6 casos/100 mil hab.) apresentou uma taxa de detecção menor que a taxa nacional (45,1 casos/100 mil hab.); enquanto o estado de Pernambuco (47,8 casos/100 mil hab.) foi o único a ultrapassar a taxa do país, indicando a mais alta taxa dentre as localidades do estudo. Ainda, foram observados

estados com taxa de detecção maior que a da região que os circunscrevem: Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte.

Tabela 1 – Tendência do tratamento dos parceiros das gestantes com sífilis nos estados nordestinos e no Brasil, 2010-2018

Estado/Região	Indicador	Período	APC (IC95%)	AAPC (IC95%)	Tendência
Alagoas	Sim	2010-2018	8,1 (0,4 a 16,4) p>0,00	8,1 (0,4 a 16,4) p>0,00	Crescente
	Não	2010-2016	-1,5 (-4,5 a 1,5) p>0,03	-1,5 (-4,5 a 1,5) p>0,03	Decrescente
	Ignorado	2010-2018	1,7 (-4,8 a 8,8) p<0,06	1,7 (-4,8 a 8,8) p<0,06	Crescente
Bahia	Sim	2010-2018	7,7 (4,7 a 10,7) p<0,05	7,7 (4,7 a 10,7) p<0,05	Crescente
	Não	2010-2018	2,1 (-1,0 a 5,2) p>0,05	2,1 (-1,0 a 5,2) p>0,05	Estacionária
	Ignorado	2010-2018	-6,8 (-10,8 a -2,7) p<0,05	-6,8 (-10,8 a -2,7) p<0,05	Decrescente
Ceará	Sim	2010-2016	-3,2 (-8,9 a 2,9) p>0,05	9,4 (-0,8 a 20,6) p>0,05	Estacionária
		2016-2018	57,7 (-6,4 a 165,7) p>0,05		
	Não	2010-2018	-0,6 (-3,0 a 1,8) p>0,05	-3,3 (-7,3 a 0,9) p>0,05	Estacionária
		2010-2012	18,8 (-5,8 a 49,8) p>0,05		
Maranhão	Sim	2010-2018	14,5 (8,4 a 20,9) p<0,05	14,5 (8,4 a 20,9) p<0,05	Crescente
		2010-2014	-14,8 (-18,4 a -11,1) p<0,05		
	Não	2014-2018	4,7 (0,3 a 9,3) p<0,05	-5,6 (-7,6 a -3,5) p>0,05	Estacionária
		2010-2014	59,3 (15,4 a 120,0) p<0,05		
Ignorado	2014-2018	-16,0 (-39,2 a 15,9) p>0,05	15,7 (-1,5 a 35,9) p>0,05	Estacionária	
	2010-2018	-16,0 (-39,2 a 15,9) p>0,05			
Paraíba	Sim	2010-2018	1,8 (-6,4 a 10,6) p>0,05	1,8 (-6,4 a 10,6) p>0,05	Estacionária
		2010-2012	36,7 (-27,6 a 158,2) p>0,05		
	Não	2012-2018	-4,5 (-12,7 a 4,6) p>0,05	4,5 (-7,5 a 18,0) p>0,05	Estacionária
		2010-2012	-44,1 (-90,4 a 224,4) p>0,05		
Ignorado	2012-2018	9,1 (-10,5 a 33,0) p>0,05	-7,7 (-33,5 a 28,1) p>0,05	Estacionária	
	2010-2018	10,6 (-0,2 a 22,6) p>0,05			
Pernambuco	Sim	2010-2018	10,6 (-0,2 a 22,6) p>0,05	10,6 (-0,2 a 22,6) p>0,05	Estacionária
		2010-2016	-3,2 (-6,7 a 0,5) p>0,05		
	Não	2016-2018	-16,0 (-41,2 a 20,1) p>0,05	-6,5 (-12,5 a -0,2) p<0,05	Decrescente
Piauí	Sim	2010-2018	5,8 (1,4 a 10,4) p<0,05	5,8 (1,4 a 10,4) p<0,05	Crescente
		2010-2012	-29,9 (-75,5 a 101) p>0,05		
	Não	2012-2018	15,4 (5,9 a 25,6) p<0,05	1,9 (-15,9 a 23,3) p>0,05	Estacionária
		2010-2018	-0,4 (-7,5 a 7,2) p>0,05		
Ignorado	2010-2015	-21,2 (-32,5 a -8,1) p<0,05	-5,6 (-15,9 a 6,0) p>0,05	Estacionária	
	2015-2018	27,7 (-10,2 a 81,5) p>0,05			
Rio Grande do Norte	Sim	2010-2018	6,5 (0,5 a 12,8) p<0,05	6,5 (0,5 a 12,8) p<0,05	Crescente
		2010-2016	-3,6 (-6,3 a -0,8) p<0,05		
	Não	2016-2018	9,4 (-8,6 a 31,0) p>0,05	-0,5 (-3,9 a 3,1) p>0,05	Estacionária
		2010-2014	13,6 (5,5 a 22,4) p<0,05		
Ignorado	2014-2018	-10,7 (-17,2 a -3,8) p<0,05	0,7 (-3,0 a 4,5) p>0,05	Estacionária	
	2010-2018	14,6 (3,2 a 27,2) p<0,05			
Sergipe	Sim	2010-2018	14,6 (3,2 a 27,2) p<0,05	14,6 (3,2 a 27,2) p<0,05	Crescente
		2010-2016	1,2 (-1,7 a 4,2) p>0,05		
	Não	2016-2018	-11,7 (-30,8 a 12,7) p>0,05	-2,2 (-6,6 a 2,4) p>0,05	Estacionária
Nordeste	Sim	2010-2018	-10,7 (-18,8 a -1,8) p<0,05	-10,7 (-18,8 a -1,8) p<0,05	Decrescente
		2010-2016	3,3 (-2,4 a 9,4) p>0,2		
	Não	2016-2018	33,9 (-16,0 a 113,5) p<0,2	10,3 (1,0 a 20,4) p>0,0	Crescente
		2010-2016	-0,7 (-1,2 a -0,1) p>0,0		
Ignorado	2016-2018	-9,1 (-12,2 a -5,9) p>0,0	-2,8 (-3,5 a -2,2) p>0,0	Decrescente	
	2010-2018	0,6 (-0,4 a 1,6) p<0,2			
Brasil	Sim	2010-2018	0,6 (-0,4 a 1,6) p<0,2	0,6 (-0,4 a 1,6) p<0,2	Crescente
		2010-2018	7,9 (5,8 a 10,0) p<0,0		
	Não	2010-2018	-2,1 (-3,0 a -1,1) p<0,0	-2,1 (-3,0 a -1,1) p<0,0	Decrescente
Ignorado	2010-2018	0,8 (-1,0 a 2,6) p<0,4	0,8 (-1,0 a 2,6) p<0,4	Crescente	
	2010-2018	0,8 (-1,0 a 2,6) p<0,4			

Fonte: Elaborados pelos autores.

Identificou-se que a proporção dos parceiros sexuais que realizaram tratamento da sífilis (nos casos de SC) foi progressivamente maior com o passar dos anos deste estudo

(tendência crescente) nos estados de Sergipe (AAPC: 14,6; $p < 0,05$), Rio Grande do Norte (AAPC: 6,5; $p < 0,05$) Bahia (AAPC: 7,7; $p < 0,05$) e Maranhão (AAPC= 14,5; AAPC<0,05). Os dados agrupados de toda região Nordeste, bem como os dados nacionais, também mostraram o mesmo comportamento quanto à realização do tratamento (AAPC: 10,3 e 7,9; $p < 0,05$ e $p < 0,05$, respectivamente).

Concomitantemente, notou-se que a proporção daqueles que não realizaram o tratamento diminuiu (tendência decrescente) na região Nordeste (AAPC:-2,8; $p < 0,05$) e no Brasil (AAPC: -2,1; $p < 0,05$). Tendência semelhante só foi encontrada no estado de Pernambuco (AAPC: -6,5; $p < 0,05$). Por outro lado, a proporção de notificações em que esse aspecto foi ignorado se mostrou crescente nos dados destas três áreas (**PE**: AAPC: 5,8; $p < 0,05$; **NE**: AAPC:0,6; $p < 0,05$; **BR**: AAPC:0,8; $p < 0,5$).

4. DISCUSSÃO

A persistência da sífilis na população masculina é resultante, dentre outros fatores, dos históricos desafios de inserção do homem no cotidiano dos serviços de saúde do país. O papel social idealizado para a masculinidade estabelece o homem como um ser forte, corajoso e que não deve demonstrar fragilidades. Embora os avanços socioculturais tenham gerado reflexões e mudanças neste cenário, este é um panorama ainda muito presente e um dos principais fatores que culminam com o distanciamento do público masculino dos serviços de saúde, principalmente a Atenção Primária à Saúde (OLIVEIRA, 2015).

As diferenças dos cuidados relacionados à saúde entre mulheres e homens surgem a partir dos papéis de gênero estabelecidos socialmente, que tem como consequência maior morbimortalidade masculina, principalmente em questões relacionadas às causas externas, tais como violência, acidentes e em consequência de doenças crônicas, já que, enquanto as mulheres costumam frequentar mais a atenção primária, os homens buscam os serviços de saúde de emergência ou pronto atendimento, refletindo a busca de assistência apenas em quadros mais agravados (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017; CESARO; SANTOS; SILVA, 2018).

A Atenção Primária à Saúde deve atuar como principal vínculo entre a população e a Rede de Atenção à Saúde, sendo a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, orienta-se por princípios, como a universalidade, acessibilidade, integralidade, humanização, equidade e vínculo, de modo a garantir acesso a todos os indivíduos e suprir a maior parte das necessidades em saúde da comunidade. Entretanto, a organização das atividades na Atenção Primária à Saúde apresenta menor inclusão de homens quando

comparado às mulheres, sob influência da própria construção social do masculino, dificultando o pertencimento dos homens em relação a estes espaços. Além disso, incluem-se problemas estruturais e organizacionais do próprio sistema de saúde, como a limitação do horário de funcionamento dos serviços de Atenção Primária e das políticas públicas de saúde voltadas para este público (COUTO et al, 2010).

Neste sentido, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), através da Portaria GM/MS nº 1944, que visa orientar cuidados, ações e estratégias para a prevenção, promoção e tratamento em saúde, de modo a facilitar o acesso deste grupo aos serviços de saúde e fortalecer o elo entre os homens e a Atenção Primária à Saúde, por meio da organização da assistência à saúde, capacitação dos profissionais e elaboração de ações de educação em saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Dentre os objetivos da PNAISH está a implantação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, englobando planejamento reprodutivo masculino, a participação do homem durante a gestação, a paternidade responsável e, em união ao Programa Nacional de IST/AIDS, estimular o cuidado relacionado às infecções sexualmente transmissíveis, através da prevenção e promoção da saúde e tratamento dos casos já instalados (BRASIL, 2008; MIRANDA et al, 2021).

A PNAISH alinha-se à Política Nacional de Atenção Básica em estabelecer a primazia da Estratégia Saúde da Família como espaço fundamental para o desenvolvimento deste tipo de ações de saúde voltadas aos homens. Assim, tal política ganha um campo de atuação em expansão em nosso país capaz de atuar na história natural da sífilis, da prevenção ao tratamento (ARAÚJO et al, 2021).

Além da PNAISH, outras estratégias utilizadas para incentivar a procura dos homens aos serviços de atenção primária foi a elaboração do Guia do Pré-Natal do parceiro para profissionais de saúde e o Guia de saúde do homem para agentes comunitários de saúde. Todas essas iniciativas visam “auxiliar em um dos principais objetivos da política [PNAISH]: ampliar o acesso e o acolhimento dos homens aos serviços e programas de saúde e qualificar as práticas de cuidado com sua saúde”, atuando como um momento favorável à avaliação da saúde do homem (BRASIL, 2018).

Durante o período do pré-natal, a gestante passa por um rastreio para diversas ISTs, como HIV, Sífilis e Hepatite C, o que gera uma oportunidade de diagnóstico e tratamento de seus parceiros e contribui para a melhoria da detecção de casos de ISTs em homens. Dentre as ISTs,

destaca-se a sífilis, no sentido de ser uma doença passível de tratamento simples, de baixo custo e eficaz, realizado na própria unidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Além das estratégias já citadas, a proposta da Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais teve como um dos objetivos, reforçar as medidas de atenção integral nas ISTs e, por conseguinte, da população masculina inserida nesse público-alvo (BRASIL, 2013). Além disso, a expansão da Estratégia Saúde da Família e a maior disponibilidade de testes rápidos resultaram no aumento da detecção dos casos de sífilis em homens (OJIMA; LIMA; OLIVEIRA, 2020).

O aumento das taxas de detecção da sífilis em homens em todos os estados nordestinos, na própria região Nordeste e no Brasil, pode demonstrar maior eficácia do sistema de saúde em realizar o diagnóstico desta doença. Isso é importante, pois, uma vez diagnosticada, a sífilis pode ser facilmente tratada ainda no âmbito da atenção primária prevenindo, assim, a progressão para fases mais tardias (e graves) da doença, bem como sua transmissão a outros indivíduos, dentre os quais as gestantes ganham destaque devido à possibilidade de transmissão vertical da bactéria ao conceito (BRASIL, 2017; FIGUEIREDO et al, 2020).

Entretanto, a atual epidemia de sífilis, vivenciada nacionalmente, revela a distância entre as propostas citadas e a sua aplicação e impacto na realidade brasileira. Fatores, como a baixa escolaridade tem se mostrado determinante na detecção e tratamento dos casos de sífilis, tanto em homens, quanto em mulheres, pois estabelece escassez de conhecimento acerca da doença e a respeito da prevenção de ISTs de modo geral, através da limitação ao acesso a métodos de prevenção e educação sexual (MORAES, 2019).

Assim, corroborando alguns estudos, o motivo para que a região nordestina e a maioria de seus estados permaneçam com a taxa de detecção inferior a nacional, nos anos deste estudo, são as históricas iniquidades sociais presentes ainda hoje nesta região. Tais iniquidades vulnerabilizam a população e dificultam seu acesso aos serviços de saúde, local oportuno para o diagnóstico e, por conseguinte, a notificação e tratamento da sífilis (MACHADO et al, 2021).

Apesar do aumento no tratamento dos parceiros na região Nordeste e no Brasil, a proporção de parcerias sexuais tratadas ainda é baixa, por isso, continua a ser apontada por diferentes pesquisas como o principal agravante da taxa de tratamento inadequado da gestante com sífilis (HOLZTRATTNER et al., 2019). Isso denota uma falha na inclusão efetiva do parceiro sexual da gestante nas políticas de saúde materno-infantil em vigor no Brasil (DALLÉ, 2017).

O tratamento do parceiro da gestante com sífilis é de grande importância, pois diminui bastante a probabilidade que uma reinfecção aconteça, mesmo após um tratamento adequado

desta mulher. Uma reinfecção representa uma nova possibilidade de o feto adquirir a bactéria e ser acometido de sífilis congênita, doença grave que pode causar sua morte ou importantes sequelas (CAMPOS et al, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora grandes avanços na promoção do (auto)cuidado à saúde do homem tenham ocorrido ao longo dos últimos anos, com a implantação de políticas e estratégias voltadas a este público, os resultados desejados apresentam desafios. Inclui-se neste cenário a atual epidemia de sífilis, que nos mostra as dificuldades da aplicabilidade das propostas voltadas a esses usuários.

Além disso, foi possível observar as diferenças e semelhanças em uma região tão heterogênea quando se trata de acesso e busca da população masculina aos serviços de saúde. Mesmo com a implantação do Pré-Natal do Parceiro, cada estado e/ou agrupamento geográfico apresentou suas particularidades quanto à participação do homem na saúde individual e familiar.

Sendo a sífilis congênita um dos principais indicadores da qualidade da assistência à saúde materno-infantil, o parceiro da gestante tem um papel primordial. Por isso, a testagem e o tratamento correto do parceiro são fundamentais para quebrar a cadeia de transmissão da *T. pallidum* e para redução de desfechos desfavoráveis para o conceito.

Por fim, é importante destacar que os profissionais da Atenção Primária à Saúde devem estar atentos para as oportunidades de inclusão dos usuários do sexo masculino no cotidiano dos serviços de saúde, incorporando-os em espaços de participação social para construção de um novo conceito de saúde para o homem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. D. P.; FONSECA, A. F.; MACHADO, M. F.; QUIRINO, T. R. L. Trajetórias de homens em busca do cuidado em saúde: desafios para a atenção primária em um contexto rural. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/50915/37375>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BOTTON, A.; CÚNICO, S.D.; STREY, M.N. **Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias.** Mudanças – Psicologia da Saúde. São Bernardo do Campo, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944**, de 27 de agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/22/PNP.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico de Sífilis**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e transsexuais**. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/pnsi_lesbica_gays_bissexuais_travestis.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P.; ANDRADE, R. F. V.; GONÇALVES, M. L. C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [s. l.], 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/TMXJjB5dMJHmnsfR8pTmtFv/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

CESARO, B.C.; SANTOS, H.B.; SILVA, F.N.M. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Rev Panam de Salud Publica**. 2018.

COUTO, M.T. et al. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. Interface. Botucatu, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5Dgnp7BfTBDtcfkz4KMMxsC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2021.

DALLÉ, J. **Sífilis em gestantes e o tratamento do parceiro sexual**. 2017. Dissertação (Pós-graduação em ciências da saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [S. l.], 2017.

FIGUEIREDO, D. C. M. M.; FIGUEIREDO, A. M.; SOUZA, T. K. B.; TAVARES, G.; VIANNA, R. P. T. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8syf4sN3Q5vZSw8mwk6zkDy/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

HOLZTRATTNER, J. S.; LINCH, G. F. C.; PAZ, A. A.; GOUVEIA, H. G.; COELHO, D. F. Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare enfermagem**, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59316>. Acesso em: 10 ago. 2021.

MACHADO, M. F.; FELIX, I. C. G.; OLIVEIRA, T. F.; DUARTE, M. S.; FILHO, A. C. B. G. Relação entre os casos de sífilis e a estratégia saúde da família no nordeste brasileiro. **Enfermería Global**, [s. l.], 2021. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 ago. 2021.

MAHMUD, I.C. Sífilis adquirida: uma revisão epidemiológica dos casos em adultos e idosos no município de Porto Alegre/RS. **Rev. Epidemiol. Controle Infecç.** Santa Cruz do Sul, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i2.11820>. Acesso em: 20 ago. 2021.

MIRANDA, A.E. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100019.esp1>. Acesso em: 20 ago. 2021.

MORAES, B.Q.S.; MACHADO, M.F.; SOUZA, C.D.F. Impacto da rede cegonha nas tendências de sífilis no maranhão 2008-2017. **Revista Científica do ITPAC**. Araguaína, 2020.

OJIMA, B. S.; LIMA, L. B.; OLIVEIRA, P. S. Análise epidemiológica da sífilis adquirida nos anos de 2010 e 2018. **Revista de APS**, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33978>. Acesso em: 10 ago. 2021.

OLIVEIRA, M.M.; DAHER, D.V.; SILVA, J.L.L.; ANDRADE, S.C.A. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Cien Saude Colet**. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21732013>. Acesso em: 20 ago. 2021.

PINTO, V.M. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n7/2423-2432/pt>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CAPÍTULO VII

PERCEPÇÃO DE GESTANTES SOBRE O CUIDADO NO PERÍODO PRÉ-NATAL EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSF447.1123-7

Mara Gabriela Brasileiro de Lucena Ferreira
Divanise Suruagy Correia
Maria das Graças Monte Mello Taveira

1. INTRODUÇÃO

O período da gestação é marcado por diversas mudanças, especialmente naquelas que estão a passar pela primeira experiência. Na condição de mãe, é possível observar uma série de transformações que vão além do físico, são os impactos psicológicos e sociais que também acontecem na vida das gestantes e da família que a cerca (LIVRAMENTO *et al.*, 2019; ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017).

Quando essa gestação acontece em uma mulher com idade tardia, essas complexidades comportamentais se tornam ainda mais desafiadoras e carentes de atenção e cuidados, o que deve despertar o interesse de muitos profissionais de saúde para essa parcela crescente da população feminina, que adquire conceitos após os 35 anos de vida; muito embora um acompanhamento adequado invalide a inclusão da idade como um fator de risco isolado (ALDRIGHI; WALL; SOUZA, 2018). A partir do entendimento da complexidade do momento e da influência de uma gama de fatores internos e externos na situação de saúde da mãe e da criança, sabe-se da importância da assistência adequada durante todo o processo (LIVRAMENTO *et al.*, 2019).

É visando amparar as famílias inseridas nesse contexto que surge a atenção pré-natal (PN), um conjunto de ações voltadas à prevenção de doenças e agravos, promoção à saúde, identificação, diagnóstico e tratamento precoce de enfermidades, com o intuito de garantir a qualidade da assistência à saúde do binômio mãe-filho(a) durante a gestação e do pai, quando possível (SEIBEL; CÂNDIDO; RODRIGUES, 2020).

É notável que a estimulação do profissional de saúde para a participação paterna no acompanhamento pré-natal é fundamental para o processo de nascimento do bebê, com destaque para o apoio social e emocional do companheiro para com a gestante, especialmente

durante o trabalho de parto, fortalecendo as habilidades paternas para fazer escolhas e ajudá-la durante o puerpério (MENDES; SANTOS, 2019). A atenção PN de qualidade é responsável pela redução da mortalidade infantil, materna e fetal, pois apresenta potencial e capacidade de acompanhar a evolução da gestação, identificar possíveis problemas que possam impactar na situação de saúde do binômio mãe-filho(a) (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Ao longo dos anos, inúmeras políticas públicas referentes à atenção PN foram instituídas no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), lançado em 2000; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2009; e também pela Rede Cegonha (RC), criada em 2011 (BRASIL, 2002; 2004; 2008; 2011).

Essas políticas visam orientar, qualificar e fortalecer o pré-natal e a atenção à saúde de mulheres grávidas, objetivando a redução da mortalidade materno-infantil e fetal, casos de violência obstétrica, identificação e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, trabalhar a educação em saúde, orientar os cuidados com os recém-nascidos, contribuir com o planejamento familiar, organizar a rede de atenção à gestação, parto e puerpério, a inclusão do pré-natal masculino nos serviços, além de outras ações voltadas a esse público (SEIBEL; CANDIDO; RODRIGUES, 2020; CLÍMACO *et al.*, 2019).

Por essa razão, a Atenção Primária à Saúde (APS) é um locus estratégico e fundamental para esse cuidado com as gestantes devido à adscrição territorial e à possibilidade da criação/fortalecimento do vínculo com a comunidade. Nesse sentido, a APS pode acompanhar e incentivar as gestantes do território a realizarem o PN adequadamente, auxiliar no planejamento familiar, cuidar da saúde dessas mulheres de maneira multi e interprofissional, diagnosticar precocemente problemas prejudiciais à saúde do binômio e evitar desfechos negativos da gestação (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Ainda nesse contexto, o pré-natal não deve se limitar à realização de consultas e solicitação de exames, pois “[...] precisa considerar também o acolhimento e o reconhecimento das necessidades das gestantes, visando o estabelecimento de vínculos” (LIVRAMENTO *et al.*, 2019, p. 1). Demonstra-se que a satisfação é uma sensação perceptível que motiva as mulheres a iniciarem o pré-natal e serem mais propensas à adesão a todo o esquema de cuidado preconizado. Nessa direção, estudos conceituam a satisfação como uma resposta “positiva”, de natureza avaliativa, que se relaciona tanto com a crença da paciente de que o cuidado tem

determinados atributos quanto se refere à avaliação da gestante sobre tais atributos (TOMASI; FACCHINI; DILELIO, 2017).

Entender a importância do pré-natal a partir da perspectiva das gestantes é útil para pensar não só a organização do serviço a elas oferecido, mas permite entender o significado desse cuidado (BRASIL, 2006). Por conseguinte, fornecer subsídios para melhorar a assistência prestada e fortalecer as ações de pré-natal, bem como o repensar da atenção à saúde materno-infantil, sobretudo no que diz respeito aos processos de trabalho na construção da assistência (BRASIL, 2006).

Outro aspecto relevante desse processo refere-se à relação entre as unidades de saúde e as gestantes, centrado na garantia da dignidade da pessoa humana e amparado pelos princípios filosóficos – equidade, integralidade e universalidade – norteadores das ações no âmbito do SUS (SEIBEL; CÂNDIDO; RODRIGUES, 2020). Além desses, não se pode deixar de considerar aqueles princípios de natureza organizativa: descentralização da atenção, coordenação do cuidado, dentre outros estabelecidos na legislação vigente (SEIBEL; CÂNDIDO; RODRIGUES, 2020).

Tendo em vista que o cuidado oferecido no pré-natal é parte vital de uma gravidez saudável, e que um pré-natal inadequado pode gerar efeitos adversos ao feto e à mãe, compreender a percepção da gestante sobre a atenção que recebe, bem como os vários processos e habilidades que influenciam o recebimento de cuidados com pouca atenção, pode contribuir para melhorar a qualidade desse atendimento.

Assim, é pertinente questionar: quais as percepções das gestantes sobre a atenção ao pré-natal em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona rural do município de Atalaia/Alagoas (AL)? Daí emergiu a necessidade de compreender as percepções das gestantes sobre a atenção pré-natal em uma ESF da zona rural do município de Atalaia/Alagoas, Brasil.

Tendo em vista a importância do PN para a gravidez e as consequências negativas ao feto e à mãe caso não seja realizado, é importante pesquisar a percepção da gestante sobre a atenção que recebe. Ao analisar opiniões a respeito do entendimento sobre o PN, especialmente as que fazem referência à recepção de pouca atenção, é possível identificar pontos deficientes e contribuir para melhorar a qualidade dos futuros atendimentos (ANDRADE, 2019).

Ainda no panorama da análise sobre o tema da atenção ao PN, ressalta-se que a boa parte da literatura a respeito do tema foca nos aspectos estruturais da atenção. Sendo assim, a predileção pelo aspecto organizacional coloca as percepções subjetivas das gestantes sobre o atendimento em segundo plano (TOMASI; FACCHINI; DILELIO, 2017) – algo que deve ser

mudado, dada a relevância dos posicionamentos dessas mulheres na realização exitosa de qualquer atividade promotora de saúde, tanto para ela mesma quanto para o feto, uma vez que é a partir das atitudes adotadas pela futura mãe em sua rotina que toda a orientação fornecida pelas equipes multiprofissionais poderá ser posta em prática.

Por último, a vivência profissional no âmbito da abordagem individual e a abordagem familiar direcionada à assistência a gestantes foram importantes para despertar interesse sobre o tema. Além disso, o conhecimento prático permite um melhor entendimento a respeito do território que se pretende analisar e sobre as necessidades das gestantes, de acordo com os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença daquele ambiente (GADELHA, 2020).

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer o modo como as gestantes percebem a produção do cuidado durante o período de pré-natal em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Atalaia/AL, Brasil.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o acesso das gestantes em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Atalaia/AL, Brasil;
- Investigar as dimensões do cuidado pré-natal em uma Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Atalaia/AL, Brasil;
- Analisar a percepção das gestantes sobre o cuidado pré-natal oferecido por uma Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Atalaia/AL, Brasil.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. ASPECTOS BIOLÓGICOS E SOCIAIS DA GRAVIDEZ

Do ponto de vista biológico, a reprodução — seja ela natural ou induzida — tem como finalidade precípua a manutenção da vida na Terra e sua evolução ao longo dos milênios (LESSA *et al.*, 2014). Na espécie humana, a reprodução ocorre por meio da gravidez e consiste em um evento resultante da fecundação do óvulo (ovócito) pelo espermatozoide. Habitualmente, o processo de gestação ocorre dentro do útero e é responsável pela geração de um (ou mais de um) novo ser humano (BRASIL, 2021). Há uma complexa rede de variáveis interconectadas e

em modificação contínua ao longo do processo de gestação humana — é o caso das relações entre a idade gestacional e o peso ao nascer, que possuem impacto direto na saúde do recém-nascido, e das eventuais complicações que poderão se manifestar em suas primeiras horas ou dias de vida, a partir de fenótipos com maiores ou menores riscos de óbito, segundo fenótipos de vulnerabilidade biológica (MARQUES *et al.*, 2022), tornando cada vez mais necessárias pesquisas que observem esses aspectos da gestação humana.

Nesse contexto, diante dos avanços da biotecnologia e da sociedade, foram desenvolvidas novas formas de desenvolvimento humano. Com vistas a superar questões sociobiológicas de indivíduos — tais como problemas reprodutivos, união entre indivíduos de mesmo sexo, diferentes arranjos familiares — que até então eram vistas como obstáculos intransponíveis (SOUZA; ALVES, 2016).

O que pode gerar situações ainda passíveis de muita discussão, com o objetivo de regulamentar e refletir seus aspectos éticos e jurídicos. É o caso da ocorrência de inseminações artificiais caseiras, realizadas por casais sem condições financeiras de optar por uma inseminação artificial convencional, que são vistas por alguns como um direito próprio da mulher e por outros como um crime, sendo inclusive praticada, em sua maioria, em ambientes não hospitalares e sem o acompanhamento de profissionais de saúde (LIMA; JÚNIOR, 2022).

Para além dos aspectos biológicos, a gestação humana tem um aspecto social, geralmente vinculado às relações afetivas entre indivíduos e à ampliação da família. De certa maneira, fatores culturais, crenças preconceituosas contribuíram para uma percepção de que a gravidez só poderia ocorrer por intermédio de relações sexuais e em contexto heterossexual.

No entanto, a partir de avanços tecnológicos, tornou-se possível que um casal estéril gere filhos; e essa possibilidade se amplia a casais homossexuais e/ou a demais interessados(as) em processos como: inseminação intrauterina (IIU); fertilização *in vitro* (FIV); injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICIS); transferência de embrião congelado (TEC) (SOUZA; ALVES, 2016).

Além disso, procedimentos como a reprodução a partir da gestação por substituição, na qual uma mulher assume o papel de doadora temporária de útero e gesta o bebê de terceiros; estes, por sua vez, passarão a se chamar de pais intencionais, podendo ser casais heterossexuais, homossexuais e mesmo pessoas solteiras com intenções de paternidade solo (GRAZIUSO; DE CARLOS, 2021). Tal fato evidencia a importância de uma ampliação significativa da abrangência de acompanhamentos gestacionais, como a atenção pré-natal no âmbito da saúde pública como um todo.

Ao compreender a gestação como um período que afeta tanto a saúde da mãe quanto a da criança, pois ambos estão ligados entre si, além do pai e demais entes familiares, configurando a diversidade notável do núcleo familiar que compõe nossa sociedade atual, faz-se necessária uma atenção a esses indivíduos. Uma atenção com um perfil diferenciado e que enfatize a intervenção concreta e positiva na vida desses receptores dos cuidados da saúde pública, com vistas à promoção da saúde, assim como detectar, diagnosticar e cuidar de possíveis problemas e complicações durante esse período; o que pode ser consideravelmente alcançado por meio de produtos oriundos da formação continuada dos profissionais de saúde, como mestrados profissionais e especializações semelhantes.

2.2. ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PERCEPÇÃO DAS GESTANTES

Conforme apresentado pelo Ministério da Saúde (MS) no Caderno de Atenção Básica nº 32 (2012) sobre “Atenção ao pré-natal de baixo risco”, o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência; o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis) (BRASIL, 2013).

É relevante ressaltar ainda que o MS considera ideal que a consulta seja efetuada pelos enfermeiros e médicos de modo alternado e que o companheiro da gestante também esteja presente em todos os momentos (DE MORAIS FREIRE et al., 2022). Tal cenário nem sempre é alcançado em sua totalidade, seja por motivos esporádicos, que são sanados nas consultas seguintes, ou por motivos de caráter mais permanente, como falta de recursos humanos em quantidade suficiente para realizar as alternâncias ao longo dos atendimentos.

O PN para as gestantes acontece na relação profissional-usuária. Este é um processo que tem como norte o alcance da qualidade dos cuidados em saúde para a mãe e o feto, com a assistência sendo realizada através de diálogo e compartilhamento de informações (LIVRAMENTO et al., 2019). A percepção é mais satisfatória, no que concerne ao acolhimento, respeito e compromisso dos profissionais médicos e enfermeiros, quando compreendem as orientações compartilhadas durante as consultas (ANDRADE, 2019).

É nesse contexto que as enfermeiras de práticas avançadas, ou seja, que possuem formação continuada e experiência de trabalho, passam a ter condições de intervir significativamente a partir de conhecimentos e habilidades que lhes permitem criar e aplicar protocolos e processos de cuidados institucionais e de políticas públicas (MATTOS-PIMENTA et al., 2020) que se convertem em produtos oriundos de suas formações continuadas, como

os programas de mestrado profissional, e que geram retornos concretos para os receptores desses cuidados.

O fortalecimento mútuo dos saberes é imprescindível para o processo, visto que aspectos relacionados ao não conhecimento sobre o processo de gravidez, por exemplo, atuam como obstáculos para o preparo do parto (LIVRAMENTO et al., 2019). Logo, a assistência PN deve ser ampla a ponto de abranger o acolhimento e reconhecimento das necessidades da gestante e não restrita à realização de consultas e solicitação de exames (LIVRAMENTO et al., 2019). Além de serem habilitados para acompanhar gestações de baixo risco por meio das consultas PN, profissionais enfermeiros também preparam a família para a percepção de eventuais riscos à mãe e ao bebê ao longo do processo gestacional.

Essa preparação se dá por meio do ensino da identificação de sinais e sintomas que podem antecipar complicações, embora mesmo com essa aprendizagem ainda seja notória a necessidade do repasse de mais informações por meio da ampliação do número de atividades educacionais ou mesmo pelo aperfeiçoamento da divulgação e organização dessas ações (DE OLIVEIRA; DE SOUSA BRITO; GIOTTO, 2018), expondo a carência do serviço público por produtos acadêmicos que favoreçam a melhoria dessa realidade.

O acompanhamento pré-natal busca assegurar o desenvolvimento saudável da gestação e possibilitar o nascimento de um bebê saudável, com preservação da sua saúde e da saúde de sua mãe, por meio de ações preventivas. Estudos têm demonstrado que o pré-natal qualificado se associa à redução de desfechos perinatais negativos, como baixo-peso e prematuridade, além de reduzir as chances de complicações obstétricas – como eclâmpsia, diabetes gestacional e mortes maternas (MARQUES et al., 2021).

Nesse contexto, observa-se que o aperfeiçoamento profissional e reflexivo do enfermeiro pode ser de expressiva relevância para o acompanhamento dessas gestantes dentro de uma metodologia multidisciplinar, com potencial de obter o bem-estar e equilíbrio da gestante e do bebê ao longo dos percursos terapêuticos, implementando abordagens educativas e de conscientização sobre os riscos da hipertensão e suas implicações negativas para a gestação (QUEIROZ, 2020).

A situação torna-se complexa ao considerar as dificuldades inerentes ao exercício concreto da atenção básica à população gestante. Muitas das dificuldades estão relacionadas com a região de moradia das usuárias, condições de deslocamento, assiduidade dos profissionais ao trabalho, estrutura adequada da unidade, características importantes na

perspectiva das gestantes, uma vez que em zonas rurais são diminuídas ou mesmo inexistentes em pequenos municípios (UCHOA et al., 2011).

Nesse sentido, o profissional atuando como agente comunitário de saúde (ACS) ganha importante destaque, à medida que a visita domiciliar aparece como uma possibilidade que visa mitigar as dificuldades inerentes ao perfil de usuários da zona rural. A visita é a ligação concreta entre a população e os serviços de saúde, bem como uma forte abertura de tais serviços à parcela da população assistida pelas equipes (COSTA, 2014).

É importante ressaltar que todo este processo é mais eficaz a partir da interação harmoniosa entre gestante, sistema de saúde, família e profissionais de saúde atuantes no âmbito da atenção primária. Infelizmente, a realidade de muitas gestantes ainda envolve a realização do pré-natal sem acompanhamento, com pouco ou nenhum amparo dos demais membros da família ou pessoas com vínculos de outra natureza que possam orientá-las (MEDEIROS et al., 2020). Essa realidade pode ser incluída na pauta das discussões e reuniões internas das próprias equipes de Estratégia de Saúde da Família, com o foco de intervir concretamente na eliminação de eventuais obstáculos que possam manter os membros familiares distante do processo de gestação da futura mãe.

Cabe aos profissionais de saúde comunicarem-se de forma clara, objetiva e compreensível, no intuito de sempre averiguar se as gestantes estão sendo compreendidas, através de questionamentos diretos. Observa-se com destaque a inclusão de tecnologias digitais, como aplicativos para celulares desenvolvidos especialmente para a atenção PN, visando ao estreitamento de contato entre as receptoras dos cuidados em saúde e os profissionais promotores de tais serviços (QUEIROZ et al., 2021). Essa interação é um ponto-chave para que as gestantes compreendam sobre os cuidados durante e após a gestação e também a importância da atenção ao PN regular. Assim, facilitará o acontecimento de uma gestação saudável, diminuindo fatores de riscos e agravos no período gravídico e puerperal (LIVRAMENTO et al., 2019).

A atenção pré-natal apresenta um componente de educação em saúde que precisa ser fortalecido e qualificado quanto à sua operacionalização, visto que o foco está mais direcionado aos problemas e não nas formas de evitá-los, e tais orientações, muitas vezes, só ocorrem mediante questionamentos de gestantes (CAMPOS et al., 2016). É por esse motivo que proporcionar ambientes favoráveis às reuniões e conversas entre elas mesmas e também entre elas e os profissionais é tão importante, à medida que permite que as opiniões acerca de suas próprias situações de saúde durante a gestação sejam ouvidas, muito embora os próprios

profissionais enfermeiros aleguem seguir um roteiro mecanizado e inicial de consulta, que possui pouco questionamento sobre os desejos, medos e ansiedades dessa nova etapa da vida das usuárias dos serviços de saúde que se encontram grávidas (CAMPAGNOLI; DA SILVA; RESENDE, 2019). Isso torna necessário que diminuam a distância entre a realidade e o ideal a ser praticado.

De acordo com Piccinini et al. (2012, p. 30) é importante

Avaliar sistematicamente a assistência pré-natal às gestantes. Isto pode ser feito abrindo-se um espaço para escutar essas gestantes e também os profissionais envolvidos na assistência. Estas informações são muito importantes para que se aprimore o pré-natal, se possa conhecer as motivações das gestantes que não aderem a ele, e se consiga oferecer um pré-natal de qualidade em termos médicos e psicológicos, para todas as gestantes. Compreender este período, não só é de extrema relevância para as questões imediatas de saúde da própria gestante e do bebê, mas também para a própria maternidade, paternidade e desenvolvimento do bebê.

A percepção da gestante precisa ser contextualizada em uma nova realidade, visto que muitas mulheres não entendem a importância do processo de PN adequado, mesmo com a preconização do Ministério da Saúde. Dessa forma, se faz necessário instruí-las sobre o que é a atenção pré-natal por meio de estratégias de educação em saúde (ANDRADE, 2019, p. 60). Convém ressaltar que o baixo índice de escolaridade apresentado pela maioria das gestantes usuárias de serviços de saúde pública, como os oferecidos pelas ESF, não é um fator limitante no que se refere às capacidades de compreensão e convicção de tais gestantes de que o acompanhamento de sua gravidez, por meio da atenção pré-natal, é extremamente importante (DA SILVA et al., 2021), o que fortalece a ideia de que a conscientização dessas pacientes se torna poderosa ferramenta de promoção de saúde e qualidade de vida.

Para que a gestante se sinta segura, é fundamental incluir no planejamento de cuidados à mulher elementos que considerem aspectos voltados não apenas às suas necessidades, mas especialmente às suas expectativas e que o profissional tenha um olhar sensível a tais demandas, com vistas a não omitir nenhum elemento importante para ofertar o cuidado (GUERREIRO et al., 2012).

Tal atitude pode contribuir com os processos de educação em saúde e percepção das gestantes. Assim, fica evidente que a participação dos profissionais de saúde no processo de esclarecimento e educação em saúde não deve se concentrar apenas no repasse de informações e conhecimentos regulares, mas também ir ao encontro dos anseios e necessidades concretas que, muitas vezes, possuem prioridades bem maiores nas vidas dessas gestantes em relação aos

demais conteúdos, estabelecendo condições plenas de promoção de saúde a partir de uma ação humanizada e compatível com a realidade local.

A participação em grupos de gestantes, por exemplo, fornece espaço de partilhas entre pessoas em situações semelhantes, nas quais podem aprender juntas, relatar suas experiências e também ser orientadas por profissionais (LIVRAMENTO et al., 2019). Gestantes que frequentam grupos podem receber mais informações – acerca, por exemplo, dos cuidados, da amamentação, do parto e dos sinais de parto – que aquelas que não os frequentam, sentindo-se mais empoderadas e seguras com o processo (LIVRAMENTO et al., 2019).

Visando amplificar a participação dos órgãos competentes em projetos que aproximem as políticas públicas das comunidades, alguns instrumentos apresentados pelas autoridades e membros de saúde, como a caderneta da gestante, podem ser bastante úteis para o acompanhamento das futuras mães e de suas famílias, embora tais instrumentos não estejam imunes a alterações nem sempre bem-vistas pela totalidade de especialistas no assunto. Tido como um instrumento de acompanhamento pré-natal destinado inicialmente aos profissionais de saúde e às mulheres gestantes que realizam consultas na rede pública de saúde e usam os serviços do SUS, atualmente a caderneta da gestante tem uma carência de estudos sobre suas influências concretas na assistência dessas gestantes, bem como de gestação como um todo (DA COSTA et al., 2020).

Além disso, observa-se uma significativa onda de críticas aos novos aspectos acrescentados na versão mais atualizada da caderneta, que contempla pontos controversos e dignos de discussão, como a menção à manobra de Kristeller, método que foi banido pela OMS, por ser considerada uma violência obstétrica (NASCIMENTO et al., 2021) e categorizada como uma ferramenta danosa para as eventuais usuárias que porventura sejam atendidas com base nela (FLAESCHEN, 2022). Nesse sentido, elaborar instrumentos com uma apreciação ampla das especialidades, de modo que se tornem concretamente elementos beneficiadores, tanto das usuárias quanto das equipes de saúde que as atenderão, é primordial.

Uma observação detalhada dos fatores determinantes de impacto direto nos instrumentos e programas desenvolvidos para benefício da saúde coletiva é fundamental, visto que, além de instrumentos como a caderneta das gestantes, outras estratégias, como a rede cegonha, criada para 2011, para o enfrentamento à mortalidade das gestantes (GIOVANNI, 2014), estão constantemente expostas às modificações arbitrárias e nem sempre benéficas para a população, a depender das gestões em vigor.

É nesse contexto que se inserem as Unidades de Saúde. Luz, Aquino e Medina (2018), em sua investigação sobre as características da estrutura das unidades de saúde e dos processos gerenciais e assistenciais da atenção pré-natal (APN) no âmbito da APS no Brasil, observaram um panorama abrangente em relação aos municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A estrutura das unidades básicas e as ações prestadas pelas equipes não obedeciam à maioria dos padrões. Nesse sentido, a pesquisa mencionada revela a existência de barreiras e problemáticas na oferta de ações assistenciais que garantam atenção integral e de qualidade no ciclo gravídico-puerperal, repercutindo na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018).

Além disso, através da descrição de indicadores da qualidade da atenção PN no Brasil, no âmbito do PMAQ-AB, estudos observam que as desigualdades sociais presentes nas vidas das gestantes interferem na qualidade e no acesso à atenção pré-natal (TOMASI; FACCHINI; DILELIO, 2017). Apesar disso, a maioria dos trabalhos relacionados ao tema trata principalmente dos fatores estruturais da atenção, e não da percepção das gestantes sobre o atendimento, reiterando a importância dessa investigação.

Ademais, no ano de 2019, foi estabelecido um novo modelo de financiamento da APS, o “Previne Brasil”, no qual o pagamento se dá por desempenho da equipe de saúde com base em sete indicadores que envolvem as ações saúde da mulher, pré-natal, saúde da criança e doenças crônicas (hipertensão arterial e diabetes melittus) (BRASIL, 2019). Os indicadores estabelecidos relacionados ao PN são:

I - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; II - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; III - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (BRASIL, 2019, p. 172).

É conveniente salientar que uma análise sobre os indicadores de PN com base no Programa Previne Brasil é algo complexo, visto que a procura das gestantes por atendimento e acompanhamento PN em 2020 foi alterada por medo de contaminação, tendo em vista que o Ministério da Saúde considerou as gestantes um grupo de risco de infecção pelo novo coronavírus (DA SILVA1; DA SILVA; DE ANDRADE, 2022). Até mesmo indicadores com resultados positivos, como a redução da contaminação de sífilis pelas gestantes, pode ter sido influenciado pelas medidas de confinamento estabelecidas pelas autoridades sanitárias

durante a pandemia e não necessariamente serem frutos da implementação do programa (OLIVEIRA, 2022).

Seta, Ocké-Reis e Ramos (2021) apontam a preocupação com a possibilidade de desfinanciamento da APS diante do contexto de repasse financeiro no Previde Brasil, mediante cadastramento de indivíduos nos serviços e não através do piso fixo da atenção básica e outros incentivos financeiros destinados à APS. Os autores alertam ainda para a possibilidade de rompimento com o ideário central da APS, que é o vínculo com a comunidade e a atuação integrada e cooperativa entre a equipe de saúde.

Soma-se a este cenário o fato de que, uma vez que as políticas de saúde pública são parte dos serviços governamentais integrantes das obrigações do Estado, elas sofrem influências significativas no que se refere aos conflitos internos das diversas hierarquias da administração pública que priorizam a perpetuação da exploração das classes desfavorecidas, além da própria organização da sociedade (MACHADO; ZANETTI, 2022); que não possui, por si só, condições de reivindicar plenamente seus direitos de modo direto, podendo gerar um cenário em que a privatização da saúde a nível nacional seja um ponto iminente.

O acolhimento da gestante na Atenção Primária à Saúde pressupõe a integralidade do cuidado, através da recepção, da escuta qualificada e da formação de vínculo (CAMPOS et al., 2016). Visto isso, esse contato acolhedor é imprescindível para o estabelecimento e/ou a potencialização do vínculo das gestantes com o serviço de saúde e seus profissionais e, assim, para possibilitar uma atenção pré-natal de qualidade à gestante e ao bebê (LIVRAMENTO et al., 2019). Além de todo o benefício gerado pelo processo, o fortalecimento do vínculo com a gestante através de atitudes de relacionamento não demanda gastos adicionais, do ponto de vista financeiro.

Atitudes como acolhimento e escuta qualificada são as ações que as gestantes esperam dos profissionais que atendem o pré-natal. Tais elementos, conhecidos como tecnologias leves, fazem a diferença no cuidado. As tecnologias leves são conhecidas como as tecnologias das relações e não demandam avanços tecnológicos no processo de cuidar. Elas são importantes para o fortalecimento das relações interpessoais e ainda são recomendadas pelo MS. É necessário que a equipe de saúde esteja sensibilizada para a importância da orientação junto à gestante, permitindo que as mesmas não desistam do acompanhamento durante o pré-natal. Possibilita ainda, esclarecer aspectos como aleitamento, sinais de trabalho de parto, alimentação saudável, norteando as mulheres sobre os cuidados que devem ter com sua saúde e com o recém-nascido durante esse período (ORTIGA, 2015, p. 618).

Dessa forma, percebe-se como o cuidado no acompanhamento da gestação transcende o aspecto meramente técnico – embora este não deixe de ser relevante, mas entende-se que, na

garantia de uma assistência qualificada, é importante sua realização em consonância com o acolhimento, a comunicação e a promoção à saúde para reunir as dimensões preconizadas para uma atenção integral.

Dar voz às gestantes permite que elas se expressem de modo direto e autêntico, indicando o que consideram pontos positivos no atendimento – como o acolhimento, os esclarecimentos de questionamentos e o reforço de laços sociais para com as equipes de enfermagem; assim como os pontos negativos, a exemplo de eventuais demoras para realização das consultas ou salas de esperas inadequadas (RAMOS et al., 2018), mostrando com clareza que a temática da observação do posicionamento dessas mulheres é merecedora de permanente evidência entre os estudos científicos da área de saúde.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO/ DELINEAMENTO

O delineamento do estudo é do tipo qualitativo descritivo, tendo como participantes da pesquisa gestantes assistidas por uma equipe de ESF da UBS Branca II, pertencente à zona rural do município de Atalaia, Alagoas, Brasil. A interpretação dos fatos será apresentada pela pesquisadora tendo como fontes de dados as percepções das participantes a partir de um enfoque indutivo, contando com diversas técnicas de apreensão de dados.

3.2. LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

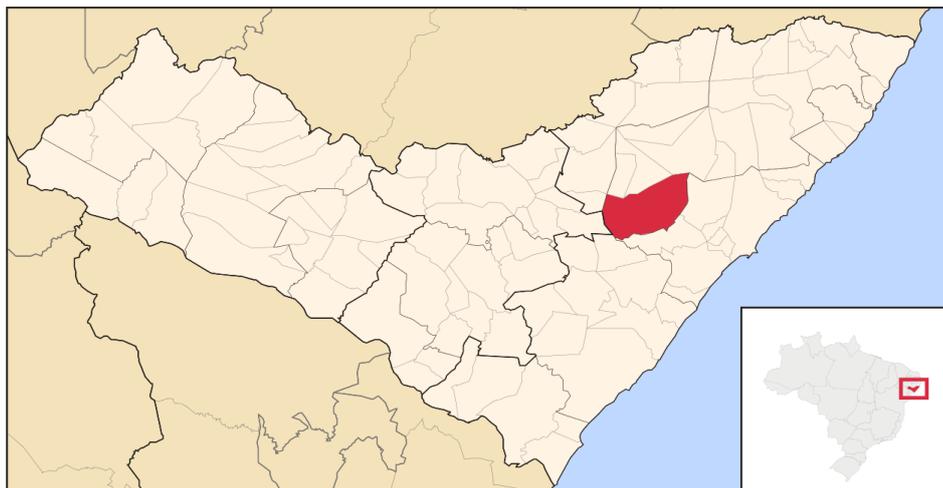
O estudo foi realizado na UBS Branca II, localizada no distrito de Branca de Atalaia, que pertence à zona rural do município Atalaia/AL, durante o ano de 2022. A UBS conta com 01 equipe da ESF, com o total de 2.244 habitantes adscritos sendo distribuídos em um total de 06 microáreas, das quais 02 compostas por áreas de fazendas. Atalaia é um município localizado no leste de Alagoas (Figura 1), pertencente à microrregião da Mata Alagoana, com população estimada de 47,3 mil pessoas em 2020 (IBGE, 2021).

Convém ressaltar que a atenção primária do município possui condições de atendimento às gestantes com risco habitual com o acompanhamento PN sem intercorrências significativas, ficando reservado ao PN de alto risco a transferência para os hospitais de referência da capital Maceió para atendimento de média e alta complexidade, com os especialistas em obstetrícia e demais especialidades que se fizerem necessárias.

A população do município é composta por aproximadamente 49% de habitantes da zona rural e 51% residentes da área urbana, com uma proporção de pessoas com trabalho formal em 2020 de aproximadamente 9% e com percentual de 50,5% da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salários-mínimos em 2010, perfil que inclui o município na zona metropolitana de Alagoas (IBGE, 2022).

Além disso, Atalaia possui projeção de salário médio de 1.8 salários-mínimos; com expressivos destaques para admissões em setores como lojas de materiais de construção e estabelecimentos de reparação de máquinas e equipamentos (CARAVELA DADOS E ESTATÍSTICAS, [s.d.]). Com uma área de 533km², Atalaia dispõe de uma considerável necessidade de transportes e meios que favoreçam o deslocamento da população, sobretudo da região rural para a urbana e intermunicipal, chegando a apresentar deslocamentos entre as residências e o local das unidades de saúde com distância superior a 10 quilômetros. Em relação ao perfil dos profissionais de saúde alocados nas equipes ESF, tais trabalhadores são compostos por médicos predominantemente contratados, favorecendo a inconstância da permanência de tais profissionais na unidade, e também por enfermeiros efetivados mediante concurso público, que, por sua vez, têm mais condições de estabelecer uma constância significativa em seus postos de trabalho.

Figura 1 – Localização do município de Atalaia, Alagoas, Brasil, 2021



Fonte: Marcos Elias de Oliveira Júnior (2021).

3.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foi usada amostra por conveniência, composta por 09 gestantes assistidas pela equipe de ESF Branca II, que foram selecionadas por terem idade igual ou superior a 18 anos;

acompanhadas no pré-natal de baixo risco; com idade gestacional mínima de 28 semanas; e por terem realizado no mínimo 03 consultas de pré-natal com a equipe ESF em questão.

3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: gestantes com idade igual ou superior a 18 anos; acompanhadas no pré-natal de baixo risco; com idade gestacional mínima de 28 semanas; e que tenham realizado, no mínimo, 03 consultas de pré-natal com a equipe da ESF em questão.

3.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

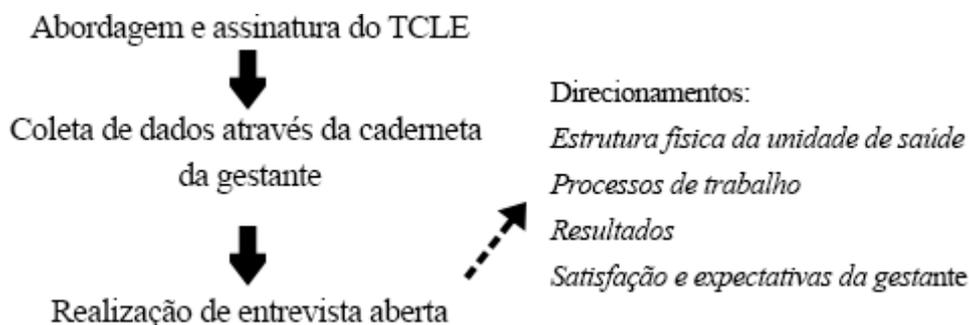
Gestantes que fazem acompanhamento de pré-natal com outras equipes de ESF.

3.6. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

As gestantes foram abordadas durante as visitas à UBS. Durante o contato foi explicado sobre a pesquisa, sempre reiterando a não obrigatoriedade de sua participação. Das que aceitaram participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante aceitação de todos os itens constantes no documento.

A princípio, os dados foram coletados por intermédio da caderneta da gestante, de onde foram obtidas informações para a caracterização delas. Em seguida, procedeu-se uma entrevista aberta, versando sobre a estrutura física da unidade de saúde, processos de trabalho, resultados, percepções e expectativas das gestantes (Figura 2), conforme descrito no roteiro de entrevista individual para gestante participante da pesquisa.

Figura 2 – Fluxograma da sequência do procedimento de coleta de dados



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa (2021).

As entrevistas foram realizadas obedecendo as orientações sanitárias exigidas em decorrência da pandemia de Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) e agendadas a partir de contatos prévios, em dias e horários específicos, de forma individual, com as participantes. Foram realizadas em uma das salas da ESF em questão, tendo em vista a garantia da privacidade e do sigilo.

Cada entrevista durou em média 20 minutos; todas foram audiogravadas, de modo que os depoimentos foram registrados na íntegra e posteriormente transcritos, conforme seu consentimento.

Para evitar viés e constrangimento no recebimento das informações através das entrevistas, optou-se que elas fossem realizadas por uma pessoa que não trabalhasse na unidade de saúde.

3.7. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi composta de quatro fases, subdivididas em algumas etapas analíticas. Na primeira foi realizada a identificação da unidade de contexto, na qual foi feita a transcrição literal dos depoimentos para uma planilha (CORREIA, 2020). A segunda fase consistiu na elaboração de uma segunda planilha, na qual foram armazenadas as ideias explícitas (categorias provisórias) e implícitas (focos) com a identificação dos sentidos, considerando os três princípios do método de Malheiros (2011).

O princípio um refere-se à exclusão, ou seja, quando um dado ou um conjunto de dados pertencer a uma categoria, será automaticamente excluído das demais (CORREIA, 2020). O princípio dois está relacionado à pertinência: nesse caso, quando um dado não pode ser integrado a uma categoria por falta de escolha, é necessário que ele seja pertinente à categoria na qual foi enquadrado (CORREIA, 2020). Por fim, o princípio três diz respeito à objetividade: quando se liga um dado a uma categoria, é imprescindível que ele esteja claro para evitar influência da subjetividade na organização dos resultados da pesquisa (CORREIA, 2020).

Na terceira fase foi construída uma terceira planilha, com o intuito de responder à pergunta da pesquisa por meio das unidades de registro, em que se relaciona a fala com o foco ou tema. Essa fase teve como objetivo identificar se a inferência obtida fez sentido (CORREIA, 2020). Nesse momento, exemplifica-se no texto como se chegou ao resultado, sendo a unidade de registro uma palavra ou frase.

Na quarta fase foram elaboradas duas planilhas (CORREIA, 2020): em uma foram interpretados os focos e suas unidades de registros, finalizando com a elaboração de síntese

para cada foco; na outra constou a elaboração de ideias que correspondem às categorias e respectivas subcategorias (CORREIA, 2020).

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sendo aprovado sob o processo de número 53063121.1.0000.5013.

4. RESULTADOS

Os resultados do trabalho foram estes: a idade das entrevistadas variou de 18 a 35 anos. 55,6% destas não chegaram a concluir o ensino fundamental, duas estudaram até a 6ª e 5ª série do Ensino Fundamental e afirmaram não saber ler. O que implica dizer que muitas delas só têm informação sobre prevenção e concepção ou pré-natal a partir do posto de saúde.

Ainda, 94,5% das gestantes pesquisadas se declaram desempregadas. No que se refere à renda familiar, 11,1% das gestantes declaram não possuir renda; 44,4% declararam ter renda de R\$ 150 a R\$ 600; e 44,4% declararam possuir renda maior que R\$ 1.000.

No que se refere à cor autorreferida, 94,5% das gestantes se declaram negras ou morenas. Sobre o planejamento da gestação, 88,8% não a planejaram, sendo que 22,2% das gestantes são primigestas, 44,4% são secundigestas e 33,3% são multigestas, não constando nenhum relato de aborto. 66,6% das gestantes relataram que tiveram partos normais e apenas uma relatou parto cesáreo, dessas 77,7% realizaram a primeira consulta de pré-natal dentro do 1º trimestre da gestação entre a 6ª e a 12ª semana gestacional e 22,2% das gestantes com 15 semanas gestacionais.

Até a data das entrevistas, as gestantes tinham realizado 51 consultas, sendo 42 delas pela enfermeira e 09 pelo profissional médico, com uma média individual por gestante que variou de 4 a 8 consultas, cuja idade gestacional (IG) variou entre 29 semanas (33,3% das gestantes) e 66,6% das gestantes com IG entre 30-36 semanas gestacional. 66,6% das gestantes apresentavam alterações no Índice de Massa Corporal (IMC) – sendo 33,3% baixo peso, 11,1% sobrepeso, 22,2% com obesidade, apenas 33,3% das gestantes estavam com peso adequado para a IG.

As narrativas foram organizadas em categorias e subcategorias, a saber:

Quadro 1 – Categorias e subcategorias de análise

Categoria	Subcategoria
1. Acesso à UBS	Atendimento
	Acolhimento
2. Cuidado recebido na UBS	Satisfação do cuidado
	Importância do pré-natal
3. O parto	Expectativa do parto

Fonte: elaborado pelas autoras com dados da pesquisa (2022).

Entendemos o acesso à UBS como uma prática essencial e diretamente relacionada à questão do acolhimento nos serviços de saúde. Sobre o atendimento oferecido pela UBS analisada, em geral foi relatado que o atendimento do posto é bom, apesar de algumas divergências de opinião sobre a percepção do atendimento recebido. Todavia, algumas queixas foram relatadas quanto ao atendimento do agente de saúde, demonstrando que este não tem agido de acordo com os pressupostos de suas funções. Outros aspectos relacionados ao acesso referem-se ao acolhimento na recepção às gestantes, à rotatividade de funcionários e à organização na ordem dos atendimentos às demandas. Há divergência de percepções quanto a essa organização, pois na UBS é utilizado o sistema de classificação de risco para priorização dos atendimentos, além de estratégias para evitar a abstenção das consultas semanais, priorizando os atendimentos das gestantes que estão mais perto de parir.

No que se refere à marcação das consultas como forma de atendimento, em resumo, as gestantes consideram fácil marcá-las, principalmente por conta do grupo de WhatsApp criado pela enfermeira, que trata de assuntos inerentes ao pré-natal. Tendo em vista que o cuidado oferecido pelo pré-natal é parte vital de uma gravidez saudável, e que um pré-natal inadequado pode gerar efeitos adversos ao feto e à mãe, ressalta-se que boa parte da literatura a respeito do tema foca nos aspectos estruturais da atenção. A percepção da gestante precisa ser contextualizada em uma nova realidade, visto que muitas mulheres não entendem a importância do adequado processo de PN, mesmo com a preconização do Ministério da Saúde.

Outro aspecto significativo na dimensão da satisfação do cuidado é o uso da caderneta, pois os acompanhamentos da gestação e do bebê são apresentados como função da caderneta pelas gestantes. Algumas delas colocam que a caderneta/cartão da gestante é um documento importante, que serve para levar para a maternidade e tem sua importância na construção do conhecimento acerca dos assuntos inerentes ao PN.

Na UBS analisada foi observado como ponto importante para subsidiar essas falas o fato de que a enfermeira prescreve páginas da caderneta da gestante durante as consultas para que elas possam ler e discutir na próxima consulta. A literatura científica que discute os efeitos positivos da caderneta da gestante demonstra como esse documento possui informações completas e de fácil acesso sobre a gestação. Nesse sentido, a caderneta é fundamental para registrar procedimentos e exames realizados, sendo, portanto, essencial no monitoramento da evolução da gestação.

No que se refere à importância do pré-natal em relação ao cuidado, fora elencado que os exames e consultas são essenciais nesse processo. Das gestantes estudadas, 44,4% relataram ter dificuldade de compreender o que foi dito, tendo em vista a quantidade de informações passadas. As demais conseguem entender e aplicar esses ensinamentos.

No que se refere ao parto, tem-se como questões mais evidentes: o acompanhamento recebido durante o pré-natal, como elemento de segurança, um suporte informacional de preparação para o momento do parto em si; o medo da demora de parir; a percepção sobre parto normal e sobre a cesariana. Algumas gestantes demonstraram optar pela cesárea como forma de realizar a laqueadura tubária. Os resultados indicam que, no geral, a expectativa do parto é de que ocorra tudo bem, que seja tranquilo, já que estão sendo bem acompanhadas na UBS. Todavia, existem sentimentos e emoções contraditórios, como o medo de ser encaminhada para outros locais de atendimento ao parto e serem submetidas a situações de sofrimento.

A maioria delas deseja que seu parto seja normal. Na UBS estudada, gestantes com mais de 36 semanas gestacionais são convidadas, com o acompanhante de sua escolha, para uma visita à maternidade. Assim, o presente estudo demonstrou a importância do pré-natal e de um acolhimento multiprofissional para as gestantes, bem como para sua rede de apoio. Portanto, facilitar o acesso à informação sobre o pré-natal torna-se primordial para um bom desenvolvimento da gravidez, do parto e do nascimento.

Pode-se mencionar, diante dos relatos das gestantes que aceitaram participar do estudo, que o pré-natal foi reconhecido como um momento de acolhimento, por possibilitar o diálogo e permitir a livre expressão de dúvidas, de sentimentos e de experiências. Foi possível perceber que a empatia das gestantes com os profissionais da UBS interfere na forma como elas percebem a assistência recebida. Assim, o fornecimento de apoio e a escuta ativa realizada pelos funcionários da UBS é entendida como algo que qualifica o atendimento recebido.

O estudo salientou ainda a necessidade de compreensão, por parte dos profissionais da área da saúde atuantes neste serviço, de um atendimento mais afetuoso na UBS. Outro aspecto

evidenciado diz respeito às informações que devem ser repassadas às gestantes como forma de qualificar a assistência em qualquer nível de atenção à saúde.

O estudo possibilitou, em certa medida, avaliar o serviço e demonstrar aspectos que necessitam de reorganização e melhorias, além de explicitar itens sintonizados com as expectativas das gestantes. As demandas apresentadas exigem dos profissionais envolvidos a busca por referenciais éticos e humanísticos alinhados às expectativas e necessidades das gestantes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção pré-natal dispõe de um componente de educação em saúde que precisa ser fortalecido e qualificado em sua operacionalização, visto que o foco está mais direcionado aos problemas, nas formas de evitá-los, e que tais orientações, muitas vezes, só ocorrem mediante os questionamentos de gestantes.

O PN para as gestantes acontece na relação profissional-usuária. Este é um processo que tem como norte o alcance da qualidade dos cuidados em saúde para a mãe e o feto, assistência que é feita através do diálogo e do compartilhamento de informações. A percepção é mais satisfatória, no que concerne ao acolhimento, respeito e compromisso dos profissionais médicos e enfermeiros, quando compreende as orientações compartilhadas durante as consultas.

O fortalecimento mútuo dos saberes é imprescindível para o processo, visto que aspectos relacionados ao desconhecimento sobre o processo de gravidez atuam como obstáculos, por exemplo, para o preparo do parto. Logo, a assistência PN deve ser ampla a ponto de abranger o acolhimento e reconhecimento das necessidades da gestante e não restrita à realização de consultas e solicitação de exames.

O acompanhamento pré-natal, por meio de ações preventivas, busca assegurar o desenvolvimento saudável da gestação e possibilitar o nascimento de um bebê saudável, com preservação de sua própria saúde, bem como a de sua mãe. Os achados da pesquisa têm concordado com outros estudos que abordaram a mesma perspectiva, principalmente no que se refere ao atendimento durante as consultas de pré-natal.

Em sua maioria, as entrevistadas comentam que receberam uma boa assistência dos profissionais envolvidos. Ainda em relação à qualidade da assistência, verificou-se que algumas delas expressaram insatisfação com o pré-natal, em relação ao cuidado médico oferecido na unidade básica, pela baixa quantidade de consultas realizadas.

Nesse sentido, adquire relevância o proposto no produto técnico apresentado, auxiliando na configuração de instrumento para o planejamento de todo o atendimento envolvido no parto e no pós-parto, de modo a considerar as necessidades e os interesses de cada gestante atendida. Constitui ainda uma estratégia de empoderamento e participação mais horizontal da mulher nos processos de cuidado postos pela condição de parturiente, além de reforçar o caráter humanizado necessário nesse processo.

Isso porque a aproximação das necessidades mais específicas da grávida, garantindo as condições necessárias para tornar a experiência do parto mais leve e sadia, é de suma relevância. Assim, incluir tal recurso na rotina de consultas PN promoverá um incremento concreto de qualidade no atendimento a partir de uma concepção decuidado com a paciente para além de sua condição de gestante.

Desse modo, melhorias são necessárias nas ações de educação em saúde, nas orientações e na divulgação de informações nos encontros entre gestantes e profissionais de saúde, pois um dos fatores que influenciam as gestantes para a não adesão ao pré-natal é o acolhimento realizado de forma inadequada. Daí a importância de estudar a percepção que as gestantes têm sobre o pré-natal.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, J. D.; WALL, M. L.; SOUZA, S. R. R. K. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 1-9, 2018.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal na UBS, Campo Grande, MS. **Psicol. Saúde**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é gravidez?** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 32, p. 1-318, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. 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**, Brasília, DF, 13 nov. 2019. Seção 1, p. 97. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 dez. 2019. Seção 1, p. 172. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, M. L. de; VELEDA, A. A.; COELHO, D. F.; TELO, S. V. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 6, n. 3, p. 379-390, dez. 2016.

CAMPAGNOLI, M.; DA SILVA, C. P.; RESENDE, R. C. P. Atendimento de pré-natal na estratégia saúde da família: a singularidade da assistência de enfermagem. **Nursing**, v. 22, n.251, p. 2915-2920, 2019.

CLÍMACO, L. C. C.; VILELA, A. B. A.; YARID, S. D.; BOERY, E. N. Pré-natal masculino: um relato de experiência no contexto da educação em saúde. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 2, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2222/790>. Acesso em: 09 jun. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/conep>. Acesso em: 19 maio 2021.

CORREIA, D. S. *et al.* Percepção e Vivência da Morte de Estudante de Medicina durante a Graduação. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 44, n. 1, e013, 2020.

DA COSTA, Y. L. *et al.* Caderneta da gestante: avaliação dos dados perinatais. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 8, n. 2, p. 336-346, 2020.

DA SILVA, A. de C. R. *et al.* Importância do pré-natal na opinião das usuárias de uma unidade básica de saúde da família em Porto Velho, Rondônia. **Saber Científico**, v. 8, n. 2, p.89-98, 2021.

DA SILVA, L. A.; DA SILVA, S. L. Q.; DE ANDRADE, C. A. Análise dos indicadores de pré-natal do programa Previne Brasil na APS. **Anais do II Congresso Nacional de Residências em Saúde: resumo expandido**. Triunfo: Omis Scientia, 2022. v. 1.

DE SOUSA BARBOSA, R. *et al.* Percepção de gestantes a respeito do que seja parto humanizado: revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências**, v. 4, n. 3, 2021.

DE MORAIS FREIRE, B. S. *et al.* Consulta pré-natal de baixo risco: opinião dos enfermeiros em estratégia saúde da família. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, 2022.

DE OLIVEIRA, B. C. D.; DE SOUSA BRITO, S.; GIOTTO, A. C. Percepção das gestantes sobre o pré-natal. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 1, n. 2, p. 96-108, 2018.

CARAVELA DADOS E ESTATÍSTICAS. **Atalaia - AL**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.caravela.info/regional/atalaia---al>. Acesso em: 5 nov. 2022.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e desafios. **Saúde debate**, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2017.

FLAESCHEN, H. **Nota de repúdio à nova caderneta da gestante**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-de-repudio-a-nova-caderneta-da-gestante/66072>. Acesso em: 6 nov. 2022.

GADELHA, I. P. *et al.* Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up. **Rev Rene.**, v. 21, e42198, 2020.

GIOVANNI, M. D. **Rede cegonha**: da concepção à implantação. 2013. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013.

GRAZIUSO, B. K.; DE CARLOS, P. P. Regulamentação brasileira sobre gestação de substituição. **Diálogo**, n. 47, p. 1-9, 2021.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVEIRA, M. A. M.; LUCENA, N. B. F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/533>. Acesso em: 10 ago. 2021.

GONÇALVES, M. F. *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, 2017; v. 38, n. 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300401&lng=en. Acesso em: 9 jun. 2021.

GUIMARÃES, W. S. G.; PARENTE, R. C. P.; FERREIRA, T. L. F.; GARNELO, G. L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na estratégia saúde da família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9CMWjGgNGcLLYRjpCQQrymh/?lang=pt>. Acesso em: 9 jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE - Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 20 ago.2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE | Cidades@| Alagoas | Atalaia | Panorama**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/atalaia/panorama>. Acesso em: 5 nov. 2022.

LIMA, L. S.; JÚNIOR, M. M. DA S. F. Inseminação artificial caseira: direito da mulher ou crime? **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 38, 2022.

LIVRAMENTO, D. do V. P. do. *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019.

LUZ, L. A. da.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe., p. 111-126, out. 2018.

LUZ, L. A. da. **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

LIMA, V. M. de.; MELO, A. C. R. Bioética: pesquisa em seres humanos e comitês de ética em pesquisa. Breves esclarecimentos. **Lecturas: educación física y deportes**, n. 78, 2004. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd78/etica.htm>. Acesso em: 19 mai. 2021.

MACHADO, H. R.; ZANETTI, E. M. O SUS e a privatização da saúde no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 7, p. 399-409, 2022.

MARQUES, L. J. P. *et al.* ARTIGO 3-Risco de óbito fetal segundo fenótipos de vulnerabilidade biológica no município de São Paulo, Brasil. **Faculdade de Saúde Pública**, p. 105, 2022.

MATTOS-PIMENTA, C. A. de. *et al.* Prática Avançada em Enfermagem na Saúde da Mulher: formação em Mestrado Profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.

MEDEIROS, T. de S. P. *et al.* Percepção das gestantes sobre a participação familiar no pré-natal. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 18777-18792, 2020.

MENDES, S.; SANTOS, K. C. Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal. **Enciclopédia biosfera**, v. 16, n. 29, 2019.

NASCIMENTO, K. I. M. *et al.* Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 7362-7380, 2021.

OLIVEIRA, L. C. DE L. **Saúde bucal e prevenção da sífilis congênita**: perspectivas do Previne Brasil. 2022.

PICCININI, C. A.; CARVALHO, F. T. de.; OURIQUE, L. R.; LOPES, R. S. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 28, n. 1, p. 27-33, 2012.

QUEIROZ, F. F. de S. N. *et al.* Avaliação do aplicativo “Gestação” na perspectiva dasemiótica: o olhar das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 485-492, 2021.

QUEIROZ, G. Pré natal de alto risco: implicações no contexto pré-eclâmpsia. **Eixos Tech**, v.6, n. 1, 2020.

RAMOS, A. S. M. B. *et al.* A assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro sob a ótica das gestantes. **Interdisciplinar**, v. 11, n. 2, p. 87-96, 2018.

SEIBEL, T. S.; CANDIDO, C. L.; RODRIGUES, A. de F. M. Percepção de gestantes e puérperas sobre as características de suas consultas de pré-natal: revisão integrativa. **UNESC**, v. 4, n.1, p. 44-60, 2020.

SETA, M. H. de.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3781- 3786, 30 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl2/3781-3786/#>. Acesso em: 17 out. 2021.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesqui. prá. Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-16, dez. 2017.

CAPÍTULO VIII

ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSF447.1123-8

Luís Felipe Soares de Lima Silva
Divanise Suruagy Correia
Maria das Graças Monte Mello Taveira

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), momento no qual devem ocorrer os primeiros contatos de usuários e da comunidade com profissionais de saúde. Por isso, é fundamental que todos os trabalhadores que atuam na Atenção Primária sejam capacitados e treinados para oferecer um serviço de qualidade e excelência, sendo o acolhimento parte importante desse processo (BRASIL, 2017).

De acordo com os princípios do SUS, bem como sua Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é uma diretriz do modelo técnico assistencial, cuja proposta é reorganizar e reorientar a assistência nos serviços de saúde para garantir o atendimento humanizado, a resolubilidade das questões do usuário e assegurar o acesso universal. Não se restringe à recepção do usuário, pois engloba todo o contexto da atenção assim que este adentra ao sistema de saúde (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; SILVA; DAVID; ROMANO, 2020).

O processo de trabalho na APS se inicia com o acolhimento, escuta e resposta para grande parte dos problemas de saúde da população⁴. É um modo de atuar composto por ações desenvolvidas por equipe multiprofissional, responsável por determinada população inserida em um território.

A avaliação ou classificação de risco é definida como a estratificação, por meio de protocolos, do potencial risco ou agravo à saúde do usuário. Nela é definida a prioridade do atendimento, baseada na necessidade apresentada pelo usuário. Essa ferramenta é uma maneira de fortalecimento do princípio da equidade, no qual a maior atenção deverá ser dispensada a quem mais necessitar naquele momento (BRASIL 2013).

A demanda espontânea é um dos modos de um usuário procurar uma unidade básica de saúde. Esse modo contempla quem não tem consulta agendada para aquele dia, mas necessita de uma avaliação da equipe de saúde. Está geralmente relacionado às condições ou agravos de natureza agudas na saúde, bem como às eventualidades de um tratamento iniciado na UBS (BRASIL, 2011).

Assim, o acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea pode ser uma maneira de favorecer o cuidado integral, por meio de fortalecimento de vínculo do usuário com a equipe, e, por conseguinte, contribuir para a adesão ao tratamento e continuidade da assistência.

Este artigo tem como objetivo responder a seguinte pergunta: como ocorre o processo de acolhimento e classificação de risco, em relação à demanda espontânea, em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade do interior de Alagoas?

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de análise qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada em uma cidade do interior do estado de Alagoas, Nordeste brasileiro. Participaram do estudo todos os dez profissionais que trabalhavam na equipe da ESF na UBS e que estavam em atividade no período da pesquisa. Os dados foram coletados em dezembro de 2020, por meio de entrevista presencial e individual, observados os padrões sanitários vigentes, considerando-se a pandemia de COVID-19, sendo efetuadas por uma pessoa capacitada para tal, não participante da pesquisa, para que não houvesse viés.

O instrumento utilizado foi a entrevista livre cujo roteiro, elaborado pelos pesquisadores, continha questões sobre o processo de acolhimento na UBS como: razões da procura da UBS pela população, como as pessoas eram recebidas, como era o acolhimento, problemas identificados na execução do acolhimento, sugestões para solução dos problemas, qual o fluxo do paciente na UBS, o que é classificação de risco, como deve ser feita e como acontece na unidade pesquisada. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise dos dados.

Cada entrevistado foi codificado segundo sua função exercida na UBS, sem identificação, para que não houvesse quebra de sigilo. Os ACS foram codificados pelas siglas de AC1 a AC7, as enfermeiras como ENF1 e ENF2 e a técnica de enfermagem como T1; a numeração não correspondeu à ordem em que foram entrevistados. O médico na equipe é um dos pesquisadores, por isso não consta sua categoria entre os profissionais.

A análise dos dados ocorreu de forma manual e conforme as orientações (MALHEIROS, 2011), seguindo quatro fases para elaboração das categorias.

A primeira fase consistiu na organização dos dados, quando foram identificadas as ideias emergidas das respostas à questão norteadora. Nessa fase também foi realizada uma pré-análise, por meio de leitura aprofundada, visando criar as categorias – que não foram previamente elaboradas. A fase em questão corresponde à identificação da unidade de contexto, para a qual todos os dados foram transcritos em um quadro para transcrição das respostas, processada em *ipsis literis*.

A fase seguinte correspondeu à criação do segundo quadro, em que foram descritas as ideias explícitas (categorias provisórias) e implícitas (focos) e a posterior identificação dos sentidos, considerando os três princípios (MALHEIROS, 2011). O primeiro princípio corresponde à exclusão, de forma que, quando um dado ou conjunto de dados for pertinente a uma categoria, será excluído automaticamente das demais. O segundo princípio é o da pertinência, que consiste no fato de que, quando não pode ser adicionado a uma categoria por falta de escolha, é fundamental que o dado seja pertinente à categoria selecionada. O terceiro princípio é o da objetividade: quando um dado é ligado a uma categoria, é fundamental que esteja claro para que não haja influência da subjetividade na organização dos resultados da pesquisa.

A terceira fase procurou responder à pergunta da pesquisa por meio das unidades de registro, relacionando a fala com o foco ou o tema. Nessa fase foi verificado o sentido da inferência obtida, bem como foram buscados no texto exemplos que confirmem como se chegou ao resultado que é a unidade de registro (palavra ou frase).

A quarta fase consistiu na elaboração de outros dois quadros. O primeiro contendo a interpretação dos focos e suas unidades de registros, com posterior elaboração de síntese para cada foco, e o segundo correspondendo à elaboração de ideias pertencentes às categorias e suas respectivas subcategorias.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado inicialmente sob o parecer de número 3.976.586 e CAAE 30523720.6.0000.5013. Em razão da pandemia da COVID-19, houve sugestão de alteração do procedimento de coleta de dados, feita emenda com as alterações recomendadas, com nova aprovação sob o parecer de número 4.198.138.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos dados, emergiram duas categorias: Acolhimento e Conhecimento da Classificação de Risco, sendo a primeira categoria composta por quatro subcategorias que estão descritas no quadro 1.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias encontradas

Categorias	Subcategorias
ACOLHIMENTO	No processo de trabalho
	Fluxo de acolhimento na UBS
	Educação em Saúde como ferramenta
	Dificuldades de realização
CONHECIMENTO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

3.1 Categoria 1: Acolhimento

Enquanto diretriz operacional baseada nos princípios do SUS, o acolhimento foi descrito de forma pioneira (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), e nessa publicação, houve o enfoque na universalidade do acesso, a reorganização dos processos de trabalho com o deslocamento do eixo centrado no médico para uma equipe interdisciplinar e multiprofissional. Como consequência dessa mudança, haveria uma escuta mais qualificada, melhoria do vínculo entre profissionais e usuários e resolubilidade das questões do usuário, com um olhar mais humano, solidário e empático (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Mais tarde, em 2003, com o surgimento da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS, o acolhimento é fortalecido oficialmente pelo Ministério da Saúde. Na PNH o acolhimento é uma diretriz de grande relevância para o pleno funcionamento do SUS, no qual todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde são protagonistas e os serviços de saúde são reorganizados com base na problematização dos processos de trabalho (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Ainda na PNH, o acolhimento deve ser realizado em todos os níveis de atenção à saúde. No caso estudado, a Atenção Primária, sua prática visa promover a ampliação ao acesso, buscando a eliminação de lista de esperas e filas, com uma atenção embasada na classificação de riscos e adequação da capacidade resolutiva (BRASIL, 2013b; MORELATO *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a organização da APS a partir do acolhimento requer que os profissionais ponderem sobre quais serviços a UBS tem ofertado para atender às demandas de saúde da população daquele território (SILVA; DAVID, 2021). Devem ser definidos quais profissionais da equipe irão receber o usuário, como eles serão avaliados em vulnerabilidade e risco, quais fluxos e protocolos serão utilizados para encaminhamento e a maneira como será organizada a agenda dos profissionais.

Componente indispensável para a assistência em saúde, o acolhimento também contribui para o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário e favorece a adesão ao tratamento, aspectos importantes para a relação de cuidado e para a continuidade da assistência (BRASIL, 2013; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

A seguir, apresenta-se o detalhamento sobre acolhimento nas quatro subcategorias:

3.1.1. Acolhimento no processo de trabalho

Esta subcategoria traz a questão do Acolhimento no Processo de Trabalho da UBS estudada. As falas a seguir exemplificam a subcategoria:

Então o meu acolhimento eu sempre pergunto; Como você está? como tem passado os dias? como é que está a família? Tudo para depois tentar saber qual é o problema, seja físico, o que é que levou a procurar a Unidade de Saúde de fato? [...] às vezes é preocupação, alguma situação familiar. E se a gente não acolher, não tiver o cuidado de ter esse olhar, esse olhar como um todo, de a gente ver uma pessoa como um todo. **(ENF1)**

O paciente quando chega na UBS quando eu estou aqui na UBS, sempre eu dou atenção a ele. Por conta que, querendo ou não, se não tem uma atenção de outro profissional, eu como Agente de Saúde daquele paciente, eu vou lá acolho aquele paciente. **(ACS2)**

A PNH enfatiza o preparo e qualificação dos trabalhadores como fundamental no processo de acolhimento dos usuários na UBS. Nesse aspecto, é essencial a qualificação contínua e apropriação de conteúdos no dia a dia em uma UBS, seja do cotidiano da prática clínica, de gerenciamento ou de educação (BRASIL, 2013b; MORELATO *et al.*, 2021).

Na mesma direção, o acolhimento deve pôr em evidência os profissionais ACS e os Agentes de Vigilância em Saúde (AVS), fundamentais para a criação e fortalecimento do vínculo profissional com a comunidade. Os ACS são fundamentais na identificação e diagnóstico na situação de saúde, bem como no planejamento baseado na realidade local, além de serem importantes para a integralidade da atenção, principalmente em serviços cujo foco recai no indivíduo, na família e na comunidade (SILVA; DAVID, 2021).

Neste estudo houve destaque para os tipos de patologias acolhidas pelos profissionais e a procura dos usuários pela UBS, quando prioritariamente para um acolhimento relacionado à saúde mental. Foi recorrente nas falas a afirmação da busca, por parte dos usuários, pelo atendimento médico sem aparente queixa física, mas com necessidade de acolhimento por um profissional, e que isso lhes traria diminuição de seu sofrimento mental:

“Tenho percebido que eles procuram porque simplesmente quer conversar [...] às vezes é uma carência de ter uma conversa, às vezes é um problema em casa, com a família, e só quer sair dali e quer alguém para conversar”. **(T1)**

Na verdade, elas procuram quando elas se sentem assim, [...] e está passando por um problema em casa. Não tem com quem se expresse na maioria das vezes. As pessoas não buscam uma consulta médica e sim uma pessoa para conversar e eu já vi acontecer muito isso. Aí vem para conversar com o médico, se acalmar mais. **(ACS5)**

Cerca de 25% da população mundial é acometida de algum transtorno mental em alguma fase da vida, e tal situação pode corresponder a 20% de toda a demanda da APS. Dessa forma, deve-se oferecer acolhimento integral, entendendo o ser humano como um ser indissociável de seu contexto social, político, histórico, familiar e ambiental (PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020).

É importante ressaltar que a pandemia de COVID-19 demandou a reorganização das agendas dos profissionais, bem como da maneira como as atividades são realizadas, tendo impacto direto em todas as ações rotineiras de uma UBS, incluindo o acolhimento (ENGSTROM, *et al.*, 2020) Além de provocar na comunidade, e na população em geral, alterações relacionadas à saúde mental.

A sobrecarga de trabalho, a escassez de equipamentos de proteção individual e a disponibilidade de drogas específicas para combater a COVID-19 são fatores que podem contribuir para o esgotamento mental dos trabalhadores da saúde (LAI *et al.*, 2020), além de transtornos como: depressão, ansiedade, insônia e estresse nesses profissionais (AKINTUNDE *et al.*, 2021).

Um estudo de Brooks *et al.* (2020) definiu quarentena como a separação e restrição do movimento de pessoas expostas a uma doença contagiosa para verificar se elas adoecem e, por conseguinte, reduzir o risco de infecção de outras pessoas. Ainda de acordo com o referido estudo, os principais agentes estressores em relação à população ligados à quarentena são: duração incerta; o medo da infecção (de se contaminar e de contaminar os outros); a frustração e o sentimento de isolamento do resto do mundo; recursos insuficientes (financeiros,

alimentares ou de vestuário) e informação inadequada, confusa ou insuficiente (por parte das autoridades públicas).

Além do descrito, foi evidenciada, neste estudo, a importância do papel da UBS no acolhimento de pacientes com outras condições de adoecimento, principalmente as doenças crônicas (grupos prioritários), que podem ter o quadro agravado na ausência de assistência devida. Essa evidência surgiu por meio das seguintes falas:

O pessoal está procurando mais questão de gestante, realização do pré-natal e mulheres, muita procura de mulher, aumentou de um jeito, em questão de saúde sexual e reprodutiva. Tem muita gente procurando para a citologia, para vários fatores. E acho que mais principalmente, a questão de hipertenso e diabético. Eu acho que é assim. **(ENF1)**

“A maioria procura porque elas precisam de atendimento por conta de problemas de saúde, mesmo como hipertenso, diabético e as gestante”. **(T1)**

O paciente também procura a Unidade para ser ouvido e acolhido em todas as suas dores (físicas, psicológicas e sociais), uma vez que todos os problemas de saúde derivam de um ambiente que pode predispor ou causar enfermidades (STARFIELD, 2002). Esse fato evidencia a necessidade de que seja acolhido por meio da atenção integral e o papel da UBS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para dar resposta adequada, contínua e eficaz às necessidades dos usuários (BELFORT; COSTA; MONTEIRO, 2021; CABRAL *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirma o papel fundamental da APS como centralizadora das ações da RAS. Acolher o usuário integralmente pode significar o envolvimento de outro setor ou dispositivo não pertencente ao quadro das secretarias de saúde (BRASIL, 2017; PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020).

A variedade de questões, pretextos e propriedades dos indivíduos que buscam o acolhimento demanda respostas diferentes da equipe. Para os profissionais, o acolhimento é tido como componente importante para organização da demanda e do processo de trabalho, que requer empenho e atenção deles (SOUZA *et al.*, 2008).

3.1.2. Subcategoria: Fluxo do acolhimento na UBS

Observa-se nas falas dos profissionais que o fluxo do acolhimento na UBS ocorre, na maioria das vezes, em um primeiro momento, na recepção, seguindo o fluxo com o usuário encaminhado para a triagem e depois ao profissional médico, enfermeiro ou cirurgião dentista:

“O primeiro acolhimento dele é na recepção, a recepção é o coração, né? Começa por lá, depois a triagem. Depois vai para a sala do médico, da enfermeira, do dentista”. **(ACS1)**

De início vem através do Agente de Saúde, que marca a consulta do paciente, principalmente nesse período de COVID-19 né? O ACS marca a consulta do paciente na visita na casa dele, o paciente quando chega na Unidade passa pela recepção, depois vai para triagem se for atendido pelo médico ou pela enfermeira ou por outro profissional qualquer, da triagem vai para profissional. É um procedimento muito simples, não é dificultoso para paciente entender e eu acredito que é uma forma bem favorável para o atendimento do paciente. **(ACS2)**

Há um fluxograma padrão definido para os usuários assistidos na Atenção Primária. Parte-se do pressuposto de que o primeiro contato do usuário acontece com a recepção e que, caso aconteçam situações imprevistas, deve-se dispor de local adequado para investigação, percepção e posterior tomada de decisão (acolhimento). Destaca-se, ainda, a necessidade de um contexto envolvendo: tipo da equipe envolvida nesse acolhimento, número de equipes de AB na Unidade e capacitação técnica do profissional envolvido (BRASIL, 2011).

O profissional ligado ao fluxo de acolhimento deve ter a capacidade de escutar e analisar todas as demandas, compreender a oferta de serviços da UBS e dialogar com outros profissionais da Unidade. Deve sempre levar em consideração a necessidade do usuário e acolhê-lo naquele momento (BRASIL, 2011).

Esse acolhimento pode acontecer em diversos locais, e na UBS pesquisada, por exemplo, inicia-se na recepção. Contudo, encontramos citação da realização também em outro local, como na visita domiciliar, conforme observado na fala do ACS 2.

Nesse sentido, o acolhimento não é atividade exclusiva de uma profissão determinada. Todos os profissionais devem estar capacitados e comprometidos com a população, seja qual for sua área de atuação (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Da mesma forma, não deve ser feito apenas na entrada do serviço de saúde, corroborando as falas mencionadas.

Assim, o acolhimento não deve se limitar a um espaço físico ou a uma mudança na postura profissional, pois engloba organização multidisciplinar, análise aprofundada para refletir e problematizar os processos de trabalho, tempo e remuneração adequados para as intervenções, além de infraestrutura apropriada para garantir o êxito da intervenção clínica.

É interessante que os profissionais conversem e definam a forma como os diversos profissionais deverão participar do processo de acolhimento como quem vai receber o usuário, como aferir o risco e a vulnerabilidade, qual o tempo de agendar consulta médica, sendo imperativo aumentar a competência clínica da equipe para escutar de forma ampliada, distinguir riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011; SILVA; DAVID, 2021).

3.1.3. Educação em saúde como ferramenta de acolhimento

Os entrevistados apontaram a necessidade de a população ser orientada e informada a respeito do que é acolhimento, reconhecendo que surgem, nos espaços da Atenção Básica, oportunidades para que seja realizada a educação em saúde como ferramenta de acolhimento:

[Devemos] explicar [...] como deve ser feito o acolhimento. Eu acho que vai ter muita gente que não vai saber [...] não tem nenhuma luz, um início de que caminho se deve tomar para isso, para esse acolhimento, porque eu acho que é muito abrangente, envolve muitas coisas. Então acho que a primeira necessidade é explicar, eles terem o conhecimento do que é que é. Eu acho que a maior necessidade é essa. **(ENF1)**

O que é que tem? [...] como podemos aprender? como são as demandas? e assim a gente vai trabalhando de forma que deixe claro a todo mundo porque muitas vezes o paciente vem aqui [...]. E não sabe como funciona [...]. Mas quando a gente faz uma sala de espera que explica que tem essa demanda que tem aquela outra [...]. Vai ter uma resposta, já acalma mais as pessoas e sabe que existe uma atenção, apesar de não poder fazer tudo naquele momento, mas existe uma atenção ali que vai chegar ao seu atendimento. Ele [o paciente] não se sente meio esquecido. **(ACS7)**

O conceito de educação em saúde foi pauta de debates internacionais e nacionais desde as Conferências de Alma-Ata (1978) e Ottawa (1986), ambas enfatizando a promoção da saúde e assistência primária. No Brasil, a partir da Reforma Sanitária nos anos 1980 do século passado, surgiu uma nova perspectiva da educação em saúde, com um olhar voltado para a melhoria da qualidade de vida das pessoas por meio do compartilhamento de saberes entre os profissionais de saúde e a população (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Essa aproximação entre profissionais de saúde e população é materializada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsável pela execução, organização e fortalecimento da APS. Seu eixo norteador é a PNAB, cujas diretrizes envolvem práticas orientadas por necessidades locais e regionais, pelos determinantes sociais em saúde, considerando o indivíduo inserido em seu contexto familiar e comunitário (CABRAL *et al.*, 2020).

A educação em saúde é um meio de trabalho que auxilia a reflexão sobre a realidade, ações necessárias para obter uma vida saudável e sobre si mesmo, principalmente no contexto da ESF. A literatura apoia a fala dos entrevistados, evidenciando a participação dos profissionais nas atividades de educação em saúde como forma de acolhimento aos usuários:

Fazemos também sempre sala de espera na unidade para esclarecer a todos como é que funciona o acolhimento naquela unidade. O que é que tem? o que é que... como podemos aprender? como são as demandas? e assim a gente vai trabalhando de forma que deixe claro a todo mundo porque muitas vezes o paciente vem aqui [...] e não sabe como funciona (ACS7).

“[Os profissionais] são bem participativos. Tem um ou outro que é mais [participativo] [...]. Mas no geral, sempre quando tem alguma coisa na unidade, eu vejo todos eles engajados”. **(ENF1)**

3.1.4. Dificuldades na realização do acolhimento

Nesta subcategoria identificamos vários fatores citados pelos pesquisados que interferem ou dificultam a realização do acolhimento. Foram citados como entraves na realização na UBS: o número escasso de funcionários, dificuldade de parceria e relacionamento entre os componentes da equipe, dificuldade em passar informação para os usuários pelos pesquisados, além da ausência de educação continuada que possibilitasse a qualificação dos profissionais. Alguns exemplos:

O problema é muitos usuários e poucos profissionais para acolherem. E às vezes o profissional não consegue separar problemas pessoais e acaba interferindo diretamente no usuário. Uma coisa que eu aprendi é que o usuário está sempre certo, desde que eu tenho que me preocupar em mostrar para ele para ele identificar que ele pode até estar equivocado, mas eu acho que o maior problema é esse: é a comunicação entre o profissional que acolhe e o usuário. **(ENF2)**

Há necessidade de aumentar o número de funcionários. Porque um técnico eu acho pouco. Porque no acolhimento quem mais fica na verdade é a categoria de enfermagem que mais acolhe. Para o profissional médico, o paciente já vai feito todo o pré-acolhimento. Então hoje nossos profissionais apesar de um número reduzido acolhem muito bem, mas nós necessitamos de melhorias. **(ENF2)**

Apesar do acolhimento ser algo inerente ao ser humano, ainda não é possível defini-lo com clareza. Seu conceito está ligado mais à prática concreta do que apenas ao discurso (BRASIL, 2011). Deve ser compreendido, acima de tudo, como um processo de trabalho e garantir a escuta de todos os usuários com atenção e responsabilização, o estabelecimento de uma relação de vínculo com estes, bem como deslocar o eixo centrado no médico para o de uma equipe multiprofissional. É fundamental que seja pautado por princípios de solidariedade, ética, humanização e empatia (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; LACERDA, A. S. B. *et al.*, 2019).

Importante destacar que a enfermagem tem se mostrado essencial para a ampliação e concretização da ESF, em sua proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Esses profissionais apresentam atribuições que vão desde a organização das atividades de acompanhamento do usuário até a execução da assistência ao indivíduo, família e comunidade. Devem, fundamentalmente, buscar essa atuação de forma acolhedora (LACERDA *et al.*, 2021; MORELATO *et al.*, 2021).

Outro aspecto de possível identificação nas falas é que a dificuldade de parceria entre os componentes da equipe é um dos fatores que dificultam a realização do acolhimento adequado pela equipe da ESF. Essa dificuldade na parceria se manifesta quando não há a cooperação dos profissionais nos momentos em que o cargo e/ou função não são determinantes na escuta. Um trabalho em equipe exige que todos os profissionais de saúde se auxiliem em suas atribuições em uma UBS.

“Para ser uma boa equipe, todos tem que trabalhar unidos, né? Independente de qualquer situação. Mais compreensão, mas parceria. Isso que faz uma equipe andar uma equipe fazer um bom trabalho é a parceria, a união, a força”. **(ACS3)**

Um ambiente de trabalho em saúde contempla várias atividades diferentes. A associação de saberes, a parceria e harmonia no ambiente de trabalho são fundamentais para a prática dessas atividades, visando sempre a cooperação interprofissional para potencializar as ações de promoção de saúde (ARRUDA *et al.*, 2018).

Para que essas ações obtenham êxito, elas demandam articulação intra e intersetorial em um ambiente saudável e foco na equidade. Esse estímulo à cooperação visa ampliar a atuação da equipe de saúde sobre os determinantes condicionantes de saúde e estão de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014).

A falta de informação e conseqüente dificuldade de relacionamento com os usuários surgiu no estudo como fator impeditivo da realização de um bom acolhimento. Essa afirmação é corroborada pela seguinte fala:

Eu acho que precisa muito de uma boa atenção, precisa mais de atenção, de mais informações, de estar transmitindo aquelas informações aos pacientes para eles [se] sentirem mais à vontade. Seja na demora, seja na questão da entrega de uma medicação, na questão da parte do curativo, na parte da triagem. Estar sempre passando informação porque assim não é um bom acolhimento, não temos isso. **(ACS6)**

A comunicação é apontada como instrumento essencial para o cuidado em saúde, pois gera impacto nas relações interpessoais, tanto entre profissionais quanto com os usuários. Ruídos e falhas na comunicação podem ocasionar situações de conflito, insatisfação com o atendimento e baixa adesão ao tratamento. Por outro lado, a comunicação eficaz promove fortalecimento de vínculo e confiança repercutindo na qualidade da assistência (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; DECETY, 2020).

Na percepção dos entrevistados, a qualificação profissional é um fator preponderante em relação ao acolhimento em uma UBS. Esse fato pode denotar uma deficiência da gestão na

oferta de qualificação com relação ao processo de acolhimento para os profissionais ora pesquisados:

Eu acho que a capacitação é um pilar muito importante porque nós sabemos principalmente quem está diretamente na área da saúde que o talvez hoje fosse o certo amanhã já isso já pode ter uma outra visão e precisasse mudar. A gente necessita capacitação para os profissionais. **(ENF2)**

Eu sinto a necessidade de uma capacitação para os recepcionistas que estão recepcionando as pessoas. [...] no meu ponto de vista um profissional para trabalhar na recepção ele tem que estar bem qualificado porque está lidando com muitas opiniões, pessoas diferentes, pessoas que vem realmente porque estão necessitando. **(ENF2)**

A qualificação profissional possibilita uma atuação adequada em qualquer assistência, o que demonstra sua importância na área da saúde (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Por sua vez, o acolhimento se destaca na qualificação do atendimento ofertado na área da saúde. A multiprofissionalidade e intersetorialidade andam juntas para possibilitar ao usuário um atendimento integral e justo.

A integralidade deve ser sempre incluída na qualificação das práticas na APS. Por meio dela, amplia-se o olhar para o indivíduo além da prática curativa, por considerar o usuário inserido em um contexto social, familiar e comunitário. É fundamental a articulação integrada entre todos os dispositivos de produção de saúde do território para contemplar as necessidades dos usuários (STARFIELD, 2002).

Assim, os dados demonstram a necessidade de educação permanente para todos os profissionais, particularmente aqui, no tocante ao processo de acolhimento nas UBS. A padronização da informação e o uso de uma linguagem adequada a cada usuário é fundamental para que haja melhoria nas condições do atendimento e acolhimento fornecidos, bem como para tornar o ambiente de trabalho seguro para o profissional de saúde com a adoção de protocolos assistenciais (DECETY, 2020).

Apesar de toda literatura sobre o tema, ainda é dito que o processo de acolhimento não está definido integralmente nos modelos de atenção à saúde (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015); sendo essa uma provável justificativa para as dificuldades encontradas em sua execução.

3.2. Categoria 2: Conhecimento sobre a classificação de risco

A classificação de risco surge como uma categoria que se evidencia desconhecida em seus princípios, até mesmo sua ausência foi citada por parte de alguns entrevistados, como vemos nas falas a seguir:

Então o que é que eu percebo? não tem essa classificação de risco, tem a questão de prioridades. Por exemplo: se tiver uma gestante, ela vai primeiro, se tiver um idoso, ele vai primeiro. Se alguém tiver com uma dor muito forte ele vai primeiro. Mas eu vejo que é questão de preferências [preferencial] e não de classificação de risco. **(ENF1)**

“Na verdade, pelo meu conhecimento e pelo que eu vejo aqui na unidade aqui não é feito nenhuma classificação de risco”. **(ACS2)**

“Na reunião de equipe nunca foi falado de classificação de risco não. É aquele azul, vermelho, não é isso? Não tem classificação de risco aqui não”. **(ACS5)**

Foram descritos alguns procedimentos que são aplicados, considerando-se situações de maior vulnerabilidade, no direcionamento do fluxo a ser seguido pelo usuário, não sendo considerados os princípios da classificação e risco estabelecidos pela PNH:

Eu atendo por ordem. Mas no caso, se alguém chegar a passar mal, tem alguma coisa que eu observe que está mais precisado eu peço para vir na frente. E se realmente precisar passar no médico antes, eu explico para as outras pessoas perguntam se pode. Porque eu não tenho esse direito de colocar, mas assim eu pergunto essa pessoa está assim, está precisando, vocês permitem? Permitem, beleza, tudo bem! **(T1)**

Quando o usuário chega e ele tem situações de saúde diferenciadas quando alguém chega com dor, desconforto e outra pessoa chega com outro problema, manchas. Como fica a organização desse atendimento? Se é um idoso, gestante, há alguma classificação sobre quem precisa de uma atenção mais imediata ou não. A assistência é mais rápida. **(ACS6)**

A classificação de risco é uma ferramenta que garante o acolhimento do cuidado imediato do usuário com grau de risco elevado; fomenta informações sobre a condição de saúde e o tempo de espera; propicia trabalho em equipe; melhora as condições de trabalho por meio de discussão e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta o contentamento dos usuários e promove acordo entre os serviços da rede assistencial (BRASIL, 2013b). Conceito desconhecido pela maioria dos entrevistados, considerando suas colocações.

Nesse mesmo sentido, a classificação de risco é um dispositivo de fortalecimento da equidade. Por meio de treinamento e protocolo estabelecido, a ordem do atendimento deve ser definida pela condição clínica ou agravo que demande prioridade – ou seja, deve priorizar a atenção a quem mais precisar naquele momento. Parte integrante do acolhimento constitui elo fundamental da assistência à saúde (COSTA *et al.*, 2018; MORELATO *et al.*, 2021).

A classificação de risco é primordial para a reorganização do modelo de atenção burocrático e baseado apenas na ordem de chegada dos usuários nas UBS. Por meio da classificação de risco, pode-se contemplar as especificidades e definir prioridades de

atendimento, garantindo a efetividade do atendimento, melhoria da rede assistencial e inclusão do usuário na entrada do sistema de saúde (MORELATO *et al.*, 2021).

Não foi observada essa compreensão nas falas da maioria dos profissionais entrevistados, com apenas um demonstrando compreender o real motivo da aplicação da classificação de risco em uma UBS – um indicativo da necessidade de revisão do processo de aprendizagem sobre classificação de risco.

Já existe uma classificação disponível que relaciona a avaliação do risco e vulnerabilidades. Nela são descritos os modos de intervenção necessários e as situações são classificadas em não agudas e agudas, sendo aplicadas as condutas correspondentes. Nos casos de não agudas, devem-se proceder orientações e agendamento de intervenções. O atendimento deve ser imediato nos casos de alto risco de morte. Para os casos de risco moderado, o atendimento deve ser feito com prioridade e no mesmo dia; em casos de vulnerabilidade ou risco biológico aumentados, a atenção deve ser priorizada (BRASIL, 2011).

O entendimento do fluxo de acolhimento com classificação de risco é limitado para os profissionais entrevistados. Foi explicitado apenas o passo a passo do usuário na UBS, iniciando com sua chegada, acesso à recepção e encaminhamento ao atendimento pelo profissional de saúde; indicando haver desconhecimento de um fluxograma estabelecido pelo Ministério da Saúde desde 2011.

Para operar na classificação de risco, o profissional de saúde precisa ter capacitação específica e aplicar o protocolo preestabelecido. A falta de treinamento pode levar a erros na classificação dos usuários, provocando falsas classificações e pondo em risco a saúde da população que procura esse tipo de atendimento. Os entrevistados parecem desconhecer a existência desta portaria.

Pode-se inferir que a classificação de risco se conforma como uma etapa fundamental do acolhimento, mas que é necessário apoiar e qualificar os profissionais para que se concretize essa estratégia, que colabora na organização das redes de cuidado e possibilita que os usuários sejam acolhidos com resolutividade e humanização.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que alguns protocolos precisam ser revistos na unidade estudada em relação ao acolhimento e classificação de risco. Urge oferecer educação continuada aos profissionais envolvidos para que seja ofertado um serviço mais qualificado aos

usuários. Os conceitos sobre o tema pesquisado não são devidamente compreendidos por todos os entrevistados.

Percebe-se, por meio das falas, o empenho dos profissionais em acolher os usuários, cada um à sua maneira, a respeito da falta de treinamento específico em acolhimento. Houve ainda a descrição de procedimentos envolvendo priorização de atendimento aos agravos de grande vulnerabilidade, direcionando o fluxo de atendimento dos usuários.

Este estudo mostra-se relevante por apresentar uma análise sobre o acolhimento e classificação de risco em uma UBS na percepção dos profissionais – uma vez que há pouca literatura disponível sobre essa temática –, o que pode trazer contribuições para a melhoria da qualidade da assistência ao usuário, promovendo e potencializando uma atenção integral e mais resolutiva, considerando-se a semelhança de realidades nas UBS da região estudada.

REFERÊNCIAS

AKINTUNDE, T. Y. *et al.* Bibliometric analysis of global scientific literature on effects of COVID-19 pandemic on mental health. **Asian Journal of Psychiatry**, Amsterdam, v. 63, 102753, sep. 2021. DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102753.

ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 22, n. suppl 1, p. 1309-1323, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0859.

BELFORT, I. K. P.; COSTA, V. C.; MONTEIRO, S. C. M. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 3-8, jan./abr. 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i1.139.

BRASIL. **Cadernos de atenção básica: Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.446**, de 11 de novembro de 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 20 jun. 2022.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. **The Lancet**, London, v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

CABRAL, E. R. M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, Campinas, v. 3, e202003012, 2020. DOI: 10.31005/iajmh.v3i0.87.

COSTA, A. B. *et al.* Percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgo en la atención primaria a la salud. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 35, p. 103-115, dec. 2018. DOI: 10.15517/revenf.v0i35.32113.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Reception in primary health care: An integrative review. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, apr./jun. 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151050002018.

DECETY, J. Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 133, n. 5, p. 561-566, may 2020. DOI: 10.1016/j.amjmed.2019.12.012.

ENGSTROM, E. *et al.* **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enf. Acesso em: 20 jun. 2022.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. "User embracement" and the working process in health: Betim's case, Minas Gerais, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, apr. 1999. DOI: 10.1590/S0102-311X1999000200019

LACERDA, A. S. B. *et al.* Embracement with risk classification: relationship of justice with the user. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1496-1503, nov./dec. 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0420.

LAI, J. *et al.* Factors Associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 3, n. 3, e203976, mar. 2020. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

MALHEIROS, B. T. **Metodologia da pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Progress and challenges facing user acceptance in the implementation and qualification of the Unified Health System in Primary Healthcare: a review of the bibliographical output in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, aug. 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000800018.

MORELATO, C. S. *et al.* Receiving spontaneous demand in primary care: Nurses learning needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 2, e20200317, may 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0317.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, A. L. P. Resignifying education in health: Difficulties and possibilities of the Family Health Strategy. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 129-147, apr. 2014. DOI: 10.1590/S1981-77462014000100008.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. F. N. Practice and perception of Primary Healthcare professionals about Mental Health. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 24, n. Suppl 1, e190664, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190664.

SILVA, T. F.; DAVID, H. M. S. L. Reception, social networks and production of basic health care in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Revista Redes**, Barcelona, v. 32, n. 1, p. 67-81, 2021. DOI: 10.5565/rev/redes.879.

SILVA, T. F.; DAVID, H. M. S. L.; ROMANO, V. F. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, 2326, ago. 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2326.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Primary health care access and receptivity to users: An analysis of perceptions by users and health professionals. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. Suppl 1, p. S100-S110, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008001300015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CAPÍTULO IX

DIREITO À SAÚDE DA PESSOA ALBINA: HISTÓRIAS DE VIDA E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E BUSCA POR AÇÕES DE RUPTURA DE INIQUIDADES EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO AGRESTE ALAGOANO

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSF447.1123-9

Luciana Rúbia Pereira Rodrigues
Jorge Luís de Souza Riscado
Maria das Graças Monte Mello Taveira

1. INTRODUÇÃO

O albinismo é uma condição rara, não contagiosa e geneticamente herdada, que ocorre em todo o mundo, independentemente de etnia ou sexo (OHCR, [s.d.]). Trata-se de um grupo de anomalias genéticas do sistema de pigmentação melânica que afeta pele, folículos pilosos e olhos, causando vulnerabilidade à exposição ao sol e se apresentando como estereótipo de pele extremamente clara, exigindo cuidados delicados e permanentes para não ocasionar doenças agravantes (BOCARDI, SEVERINO, [s.d.]; BISCARO, 2012).

Há descrições de 19 genes relacionados às diferentes apresentações clínicas do albinismo, incluindo 7 para o albinismo oculocutâneo (AOC) (MARÇOM; MAIA, 2019), entretanto, existe um importante número de casos de albinismo ainda sem identificação molecular, sugerindo que outros genes podem estar envolvidos.

Com o albinismo podem surgir vários problemas de saúde, sendo o principal deles a baixa visão, além de problemas de pele causados pelo sol, como eritema solar, fotoenvelhecimento e o câncer de pele, considerado um dos principais problemas enfrentados pelos albinos. Em algumas situações, é tido como uma deficiência, com a pessoa acometida sendo julgada incapaz; noutras, é vista sob um olhar místico, vendo os albinos como detentores de poderes mágicos ou portadores de boa sorte, se oferecidos em sacrifício. Eles chegam a ser relacionados com algo que traz o mal consigo, devendo, por este motivo, ser eliminados da convivência social (SOARES; GUIMARÃES, 2014).

Os dados estatísticos acerca dos albinos no Brasil são escassos, bem como são tímidos no país os estudos específicos para o conhecimento das pessoas com albinismo. Os albinos sequer constam no Censo demográfico do país, o que os torna uma parcela da população invisível aos olhos do poder público quanto à criação de políticas públicas específicas para sua condição (BOCARDT, SEVERINO, [s.d.]; BÍSCARO, 2012; CAVALCANTE, 2012; MAIA, VOLPINI, SANTOS, RUJULA, 2015; SANTOS, PEREIRA, MOREIRA, SILVA, p. 2017).

Estima-se que, para cada grupo de 40.000 nascimentos no Brasil, 01 pessoa nasce com albinismo, e para a população afrodescendente, a incidência é de 01 para cada 10 nascidos vivos (RISCADO; OLIVEIRA, 2011). Pressupõe-se que a incidência seja maior nas regiões com prevalência da população negra, como é o caso do Nordeste, com destaque para a Ilha de Maré, na Bahia, e o município de Lençóis, no norte do Maranhão (MARÇON; MAIA, 2019). Existe, em Alagoas (AL), no município de Santana do Mundaú, uma comunidade quilombola denominada Filus, constituída de 30 famílias, dentre as quais encontram-se 12 pessoas albinas (RISCADO, OLIVEIRA, 2011).

As pessoas com albinismo apresentam fragilidades em alguns aspectos da saúde, o que lhes gera ônus, pois muitas vezes não podem arcar com os custos de um tratamento. Além disso, como o clima do Brasil é tropical, torna-se ainda mais perigoso para essa população, que, por ser castigada diariamente pelo forte sol, se enquadra em um grupo de risco pela total desproteção dos efeitos nocivos da radiação solar (CAVALCANTE, 2012).

Dessa maneira, ao compreendermos, através do itinerário terapêutico, os processos de busca por cuidado da pessoa com albinismo, podemos apreender com maior precisão os limites e as dificuldades das linhas de cuidado, além de analisar as redes sociais de cuidado e atenção à saúde, deslindando o pluralismo terapêutico das intervenções e a diversidade das demandas por cuidado (GERHARDT, 2006).

Este estudo, por sua vez, descreve o perfil das pessoas com albinismo, os sujeitos da pesquisa e seus itinerários terapêuticos, para lidar com a saúde e identificar as redes de cuidado em saúde e sua efetividade.

2. MÉTODO

Este é um estudo do tipo transversal, exploratório, com abordagem qualitativa, que considera como sujeito a pessoa albina. A pesquisa exploratória pode ser definida como o estudo preliminar realizado com a finalidade de melhor adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

O estudo foi realizado no 3º Distrito Sanitário do município de Arapiraca, compreendendo as áreas de abrangência das Unidades de Estratégia Saúde da Família (USF) localizadas nas comunidades da zona rural (Sítio Carrasco, Sítio Poção, Vila São José, Vila Aparecida, Sítios Bom Jardim e Pé Leve Novo) e na zona urbana (Teotônio Vilela, Daniel Houly, 3º Centro de saúde, 4º Centro de Saúde, Arnon de Melo, Planalto e Bom Sucesso), na qual está inserida a equipe onde a pesquisadora desenvolve as atividades como médica de família e comunidade.

Foi realizado contato telefônico com gerentes e enfermeiros das USF elegíveis, solicitando que reunissem as equipes para localizar pessoas com características de albinismo em suas áreas de abrangência. Após retorno dos gerentes, as pessoas identificadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) foram contatadas por telefone e, aceito o convite para a pesquisa, procedeu-se a marcação da data de entrevista, cuja realização foi acompanhada pelo ACS de referência.

Para a produção de dados, aplicou-se a técnica da entrevista individual, cujo responsável pela aplicação foi a pesquisadora. Os sujeitos da pesquisa receberam em seus domicílios, momento no qual foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa, convidados a participar do estudo e a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra foi constituída por conveniência, sendo estimado um quantitativo de 10 pessoas albinas, na faixa etária de 18 anos e mais, pertencentes ao 3º Distrito Sanitário do município de Arapiraca.

Foi utilizado como instrumento um questionário sociodemográfico, com o propósito de caracterizar os sujeitos da pesquisa, seguido de um roteiro de questões discursivas, sob a forma de entrevista semiestruturada, objetivando conhecer a história de vida e o itinerário terapêutico percorrido pelo sujeito em busca do cuidado em saúde.

Os critérios de inclusão foram: pessoas albinas, de ambos os sexos, que aceitaram participar da pesquisa e que se encontravam em condições físicas e emocionais para participar, desde que pertencentes à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do 3º Distrito Sanitário do município de Arapiraca/AL. Os critérios de exclusão foram: pessoas albinas que não estivessem em condições físicas, emocionais ou cognitivas para participar.

A análise dos dados seguiu a perspectiva de Bardin, na qual a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009). Conforme o autor, as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de

três polos: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e 3. O tratamento dos resultados corresponde à inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e obteve parecer favorável para sua execução, tendo seguido todas as recomendações da Declaração de Helsinki e da Resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEPE) n° 466/2012 e 510/16.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização da população estudada

Neste primeiro momento foi construído o Quadro 1, que caracteriza os 04 participantes da pesquisa. Para preservar suas identidades, utilizaram-se os codinomes Gérbera, Rosa, Cravo e Margarida.

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados

Codinome	Idade	Sexo	Raça	Escolaridade	Estado civil	Idade do diagnóstico de albinismo
Gérbera	1	Feminino	Branca	Nível médio completo	Solteira	10 anos
Rosa	3	Feminino	Negra	Nível médio incompleto	Solteira	27 anos
Cravo	5	Masculino	Pardo	Fundamental completo	Solteiro	14 anos
Margarida	7	Feminino	Branca	Sem escolaridade	Viúva	8 anos

Fonte: elaborado pela 1ª autora.

Na área estudada, pertencente ao 3º distrito, a população estimada é de 55.723 pessoas, tendo sido identificadas apenas 04 consideradas albinas. Isso corresponde a 0,7% dessa população, indicando que a condição de albinismo é considerada rara e que nossa estimativa foi superestimada. No que diz respeito à faixa etária, os pesquisados encontram-se entre 31 e 51 anos. Dentre as pessoas caracterizadas como portadoras de albinismo, 03 são do sexo feminino e 01 do sexo masculino.

Quanto ao quesito raça/cor das pessoas envolvidas, 01 se considerou negra, 01 parda e 02 brancas. Em relação ao grau de escolaridade, 02 tinham nível médio incompleto, 01 tinha nível médio completo e 01 não conseguiu se alfabetizar. Sobre o estado civil dos entrevistados, 03 eram solteiros e 01 viúva. Em relação à idade em que tomaram conhecimento de sua condição

albina, 01 pessoa recebeu o diagnóstico aos 08 anos de idade, 01 pessoa tomou conhecimento aos 10 anos de idade, 01 aos 14 anos de idade 01 aos 27 anos de idade.

As entrevistas, por outro lado, contribuíram na tentativa de aproximação das histórias de vida de algumas pessoas albinas e sua trajetória pela busca de diagnóstico robusto e firme, para além do quanto o desconhecimento sobre a temática do albinismo reverbera no afastamento do sítio escolar, promovendo o diagnóstico tardio, bem como a inviabilidade de um protocolo de referência para assistência e tratamento desde o nascimento.

Desse modo, a partir da análise das narrativas de nossos interlocutores sobre suas histórias de vida e trajetórias, foram identificadas as seguintes categorias temáticas: (1) Estigmatização e preconceito; (2) Do acesso à informação aos serviços de saúde; e (3) [In]visibilidade do sofrimento psíquico.

3.2. Estigmatização e preconceito

Esta categoria desvela como a convivência social da pessoa albina requer conscientização por parte da sociedade, que desconsidera a caracterização desse sujeito que lhe parece incomum, produzindo estigma devido à cor de sua pele, conforme descrevem as falas dos entrevistados.

Às vezes me sinto incomodada com a minha cor. Eu me sentia assim porque todo mundo moreninho né, tudo numas corzinhas, só eu diferente, aí eu me sentia diferente né, me sentia vergonhosa [...] os meninos me maltratavam, ficavam me gritando às vezes davam em mim (MARGARIDA, 51 anos).

[...] as pessoas têm preconceito com a minha cor... (GÉRBERA, 31 anos).

[...] às vezes alguns arengava, dizia coisa, dizia que sou branca (ROSA, 47 anos).

[...] era discriminado de vez em quando por alguém né ... por não ter uma pele que aguenta sol [...] (CRAVO, 45 anos).

Em todas as falas, é possível notar situações geradoras de desconforto com a própria pele, principalmente por olhares incomodados de quem percebe que neles existe pouca ou nenhuma melanina e os consideram motivo de repulsa.

É perceptível que os indivíduos tomaram conhecimento do diagnóstico de albinismo tardiamente, que perceberam ainda muito jovens as restrições às quais estariam expostos, principalmente em relação à pele, diante da condição albina. Restrições que lhes ditariam a perspectiva de vida e os transtornos que poderiam desenvolver perante a sociedade, diante do estigma e do preconceito. Algo que nos remete à importância de um diagnóstico desde o

nascimento, ainda na maternidade, e da promoção de aconselhamento aos pais, além de assistência e tratamento precoces. Isso é reforçado pela seguinte consideração quanto à perspectiva de vida das pessoas albinas:

Embora a falta de melanina forneça maior suscetibilidade ao câncer de pele para pessoas com albinismo a seleção natural não age contra o gene do albinismo a um nível severo. Avanços na saúde pública, aliados à maior atenção ao albinismo, são fatores que podem contribuir para reduzir as consequências deletérias deste distúrbio (MOREIRA; BORGES; PINHEIRO; CECÍLIA, 2019).

Neste contexto, a pessoa albina é, muitas vezes, rotulada diante da sua cor de pele ou de características físicas incomuns, carregando consigo estigmas que interferem diretamente em seus relacionamentos e qualidade de vida (SANTOS; PEREIRA; MOREIRA; SILVA, 2017).

Situações como as narradas acima demonstram que os aspectos interrelacionais reverberam em rechaços, atos de violências física e psicológica, podendo, em muitos casos, levar à deterioração do próprio ser humano enquanto identidade, reconhecendo-se a condição de vulnerabilidade da pessoa com albinismo em suas relações sociais.

3.3. Do acesso à informação aos serviços de saúde

A terceira categoria analítica do estudo traz a discussão da assistência em saúde aos albinos, a partir da qual pode-se pontuar alguns desafios para a oferta de uma atenção integral à população com albinismo.

[...] exame de vista, era pra eu ter, marquei tá com dois anos nunca saiu aí e tive que pagar pra fazer o exame de vista... Às vezes vou de manhazinha marcar consulta... umas duas vezes que eu fui, marcou pra tarde, mas nunca disseram o horário de ir mode sol e esperava normal que nem as outras pessoas mesmo, ficava na fila do mesmo jeito (MARGARIDA, 51 anos).

[...] a assistente da doutora colocou os aparelhos lá no meu olho e disse: pareo olho, pare o olho! ...eu respondi não consigo parar não, é problema da minhavista, não é porque eu quero não (CRAVO, 45 anos).

Diante das falas de alguns dos participantes, pode-se pensar como a busca de cuidados de saúde pelas pessoas albinas constitui mais um desafio para estas, principalmente por se tratar de uma população dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como para os serviços de saúde, nem sempre preparados para ofertar atenção adequada, integral e equânime.

Tem-se então que a condição de vida e saúde da pessoa albina envolve características socioeconômicas e de conhecimento sobre o autocuidado, características que classificam essa população em situação de vulnerabilidade (SANTOS; PEREIRA; MOREIRA; SILVA, 2017).

Estudiosos consideram a vulnerabilidade social como um desafio permanente e de longo prazo que busca dialogar com as políticas públicas e ações em saúde, por parte dos órgãos em saúde, e as principais dificuldades vivenciadas diante do atendimento à comunidade (RISCADO, 2013). Considerando a vulnerabilidade individual, esta deve englobar a todos para que cada um possa proteger-se efetivamente do adoecimento ou do fator doença.

Por estar inserida em um contexto de vulnerabilidade, a pessoa portadora de albinismo deve ser vista como alguém com condições especiais para o acesso aos serviços, em especial os de saúde pública, considerando o princípio de equidade disposto nas diretrizes do SUS. O que não foi vivenciado por Gérbera, enquanto criança, segundo a narrativa a seguir:

[...] tinha problema do sol porque quando eu era pequena o meu rosto, braço tudo era cheio de ferida por causa do sol quente nas minhas costas, porque naquele tempo não tinha condição de ficar se tratando direto, de estar usando protetor, pois não tinha no posto onde eu morava ... tenho também problema de vista, não consigo abrir o olho direito, o exame de vista eu faço particular porque se for esperar, passa ano porque é pouca vaga (GÉRBERA, 31 anos).

[...] minha mãe fez um empréstimo, não tinha dinheiro a mãe tira mais pra fazer compra né pra tudo, comprar leite, pagar bujão, pagar energia, mas mesmo assim ela fez um empréstimo e pagou uma consulta com doutor de pele, foi ele que fez a queimagem (ROSA, 45 anos).

Os cremes que a doutora passou pra mim é muito caro, não pude comprar ainda (ROSA, 45).

Nesse contexto, os depoimentos revelam barreiras encontradas pelas pessoas albinas em seu dia a dia, desde a infância, com relação à obtenção de protetor solar para não queimar a pele e cuidados com a visão, o que demonstra ainda a dificuldade de acesso às especialidades médicas necessárias.

O acesso e as informações sobre saúde devem acontecer inicialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) — ou seja, nos territórios onde as pessoas vivem —, de modo que a busca por tal serviço não ocorra somente quando da apresentação de alguma necessidade ou complicação, como no caso a seguir.

[...] a atendente veio colocar o aparelho nos olhos e não deu certo e depois a doutora veio e examinou, e me deu um encaminhamento de vista para ir fazer um tratamento em Maceió, aí passei por uma avaliação médica (CRAVO, 45 anos).

Conforme o relato de Cravo, observa-se que este só procurou a UBS quando a situação estava agravada e exigia acessar o serviço especializado, daí a importância da informação precoce sobre as necessidades de cuidados em saúde referentes à condição de albinismo.

Quando não recebem informação sobre o autocuidado, os indivíduos ficam expostos a agravos como o câncer de pele, por exemplo.

O primeiro médico aqui de Arapiraca eu tava com 27 anos, primeiro médico de pele era de Maceió aí foi ele que me disse que era albinismo [...] (ROSA, 47 anos).

[...] que eu não usei, se eu tivesse usado (protetor solar) tivesse cuidado da minha pele não tava assim. Faltou orientação, informação então foi isso tudo pra mim, que eu nova não sabia de nada, ninguém sabia, ninguém orientou nada, aí minha pele ficou assim” (MARGARIDA, 51 anos).

É visto que a pessoa albina tem diversas necessidades, pois a ausência da melanina as torna vulneráveis à radiação ultravioleta A (UVA) e ultravioleta B (UVB). Sendo o Brasil um país tropical, o albinismo é condição favorável para a ocorrência de câncer de pele — fato este determinante da necessidade de consultas médicas, do uso de protetor solar fator 30 ou mais elevado e de que se busque evitar a exposição ao sol em horários mais quentes (SOARES; GUIMARÃES, 2014). Diante disso, o apoio através de políticas públicas, sejam de intervenção social e/ou em saúde, é de extrema importância para que a pessoa albina tenha qualidade e perspectiva de vida (SANTOS; PEREIRA; MOREIRA; SILVA, 2017).

Nota-se, portanto, fragilidades no acesso ampliado aos serviços de saúde no município para as pessoas albinas, o que se traduz em uma das falas, que descreve o conhecimento da condição albina como diagnóstico tardio, algo que de fato prejudica o diagnóstico de outras doenças ou sua prevenção.

Nesse contexto, o fator prevenção é pormenorizado diante da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mesmo sendo importante para a manutenção da saúde da pessoa albina, bem como são percebidas as fragilidades no cuidado contínuo ao longo da vida.

As pessoas entrevistadas consideram a possibilidade de avanços no sentido da acessibilidade e integralidade nos serviços em que se inserem ou a possibilidade de extensão para outros espaços territoriais além das UBS.

Tá bom, mas não tem prioridade por ser albino. Conseguir protetor solar pela defensoria duas vezes (CRAVO, 45).

[...] a pessoa pede encaminhamento para dermatologista, aí deixa lá pra marcar, lá no posto demora, são poucas vagas, deveria ter mais vaga...prioridade pra pessoa com albinismo (GÉRBERA, 31).

Nas falas dos interlocutores, é possível observar o sentimento de insatisfação, quanto ao acesso aos insumos e serviços em saúde, entendendo que eles mesmos, enquanto portadores

da condição albina, compreendem que se trata de uma prioridade, de forma que Cravo considerou buscar o protetor solar com auxílio judicial.

A integralidade é um meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania que envolve compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos, a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, [s.d.]). Desse modo, para que os serviços de saúde promovam atenção integral, precisam atender às demandas e necessidades da pessoa com albinismo desde a prevenção até a assistência curativa, e do mesmo modo nos demais níveis de complexidade.

As pessoas albinas têm o direito de usufruir dos serviços de saúde disposto através do SUS, direito cujo conhecimento deve ser difundido através de informação e qualificação profissional daqueles que recebem a população albina no serviço primário de saúde e demais serviços.

Com relação aos serviços de saúde, as falas dos interlocutores expressam algumas recomendações para a assistência às suas necessidades de saúde, enquanto pessoas albinas.

Assim, na minha opinião acho que deveria ter mais acompanhamento de dermatologista... as pessoas assim, que tem albinismo, deveriam ter mais cuidado (GÉRBERA, 31 anos).

Eu queria assim... que depois tivesse um tratamento, uma coisa que passasse pra poder tirar as manchas do meu corpo (MARGARIDA, 51 anos).

[...] que cuidasse desse problema da gente, de pele, que liberasse os protetores, e sobre a visão também já que não fica bom, que dê o descanso né? (CRAVO, 45 anos).

[...] cuidar muito cedo, eu me cuidei depois que eu vi o câncer de pele (ROSA, 47 anos).

Pelas narrativas, pode-se considerar que a equidade em saúde parece negligenciada no que se refere às pessoas com albinismo, retratando que muitos profissionais da saúde têm pouco conhecimento acerca do albinismo, impactando diretamente na acessibilidade e integralidade do cuidado para as pessoas albinas (BÍSCARO, 2012).

3.4. (In)visibilização do sofrimento psíquico

As diferenças apresentadas pelas pessoas portadoras de albinismo e suas necessidades especiais provocam situações de adaptação social que, por vezes, não são aceitas, levando ao

desgaste emocional e psíquico desses indivíduos. Em virtude disso, eles se tornam pessoas que buscam a igualdade de direitos, incluindo aqueles relativos à saúde.

Era muito ruim ser discriminado pelos outros... entrei em depressão, foi quando comecei a beber com força... aí veio o problema né? Cheguei até de modo a querer me matar (CRAVO, 45 anos).

[...] sofri esses bullying na escola, me apelidava, me sentia magoada né? (ROSA, 47 anos).

[...] o povo falava que era doença... não me conformei, eu queria ser moreninha que nem todo mundo (MARGARIDA, 51 anos).

Parece-nos que a necessidade de atenção à saúde mental também é revelada frente aos percalços vivenciados pela pessoa albina, pois quando não encontra respaldo diante das dificuldades que lhes são impostas, o albino tem sua condição de vida comprometida, como ocorrido nas narrativas anteriores.

As fragilidades pela possível discriminação e *bullying* emergentes nas falas dos interlocutores impactam na saúde mental deles. Como revela estudo no contexto da expectativa de vida (MARÇON; MAIA, 2019), pessoas albinas costumam evitar o convívio social, sentindo-se rejeitadas e parecendo mais emocionalmente instáveis, com personalidade menos assertiva, por considerarem a sociedade menos sensível diante de seu modo de ser.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos diálogos estabelecidos, percebe-se que as pessoas com albinismo vivenciam diversos obstáculos ao longo de suas vidas para alcançar o direito à saúde no sentido amplo, demonstrando a fragilidade do conhecimento da temática pelos serviços de saúde utilizados pelos entrevistados.

A condição de saúde da pessoa albina reflete uma condição socialmente determinada quando observado que seus direitos se tornam alheios, caracterizando sua invisibilidade social. Evidencia-se, portanto, a falta de conhecimento teórico e habilidades técnicas de profissionais de saúde, provocando um diagnóstico tardio, tanto da condição genética quanto das possíveis complicações que o albinismo pode provocar. Foi possível identificar que os albinos do 3º distrito de Arapiraca contam com pouco, seja diante da precariedade de políticas públicas que abordam sua condição de saúde ou mesmo quanto à ineficácia de ações públicas que apoiem a pessoa albina frente à sua qualidade de vida. Nesse contexto, os itinerários apresentados apontam fragilidades, colocando-se como parte de uma problemática que os transcende.

Diante do exposto, é necessário dar visibilidade à pessoa albina como ser humano que necessita de oportunidades em condições especiais, permitindo que tal população seja amparada em suas necessidades básicas através da assistência em saúde, garantindo-lhe melhor qualidade de vida.

Sendo assim, o presente estudo reconheceu as desigualdades em saúde produzidas pela falta de políticas públicas direcionadas a esse grupo populacional e que atendam suas necessidades. Podemos concluir que o resultado do estudo serve para fomentar intervenções necessárias na área da saúde, com ênfase nas pessoas na condição de albinismo no município de Arapiraca/AL.

Por fim, deve-se salientar que este estudo apresenta como limitação inicial a escassez da literatura sobre a temática do albinismo; outra limitação importante se refere à amostra, que se apresenta reduzida, além da restrição a apenas um distrito sanitário. Entretanto, destaca-se a importância de realização de novas pesquisas, ampliando para a perspectiva dos trabalhadores de saúde e gestores de serviços de saúde locais envolvidos na temática, com o propósito de maior aprofundamento sobre o albinismo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa: LDA, 2009.

BÍSCARO, R. R. **Escolhi ser albino**. 3. ed. São Carlos: EdULFSCar, 2012.

BOCARDT, J. C.; SEVERINO, L. F. **As pessoas com albinismo e o novo conceito de deficiência sob o enfoque do princípio da igualdade à luz do direito a diferença**. [S.d.]. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=01cbec0730184650>.

CAVALCANTE, B. A. **Direitos humanos no Brasil: uma análise sobre o albinismo**. Fortaleza: Faculdade Christus, 2012.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 11, n. 22, p. 2449-2463, nov. 2006.

MAIA, M.; VOLPINI, B. M. F.; SANTOS, G. A.; RUJULA, M. J. P. Quality of life in patients with ocular cutaneous albinism. **An. Bras. Dermatol.**, v. 4, n. 90, p. 513-517, 2015.

MARÇON, C. R.; MAIA, M. Albinism: epidemiology, genetics, cutaneous characterization, psychosocial factors. **An. Bras. Dermatol.**, v. 94, n. 5, p. 504-520, nov./dec. 2019.

MOREIRA, L. M.A.; BORGES, V. M.; PINHEIRO, M. A. L.; CECÍLIA, M. H. M. S. Taxa elevada de albinismo oculocutâneo no estado da Bahia, região nordeste do Brasil. **Jorn. Inter.Bioc.**, v. 4, n. 1, p. 10-15, 2019.

PINHEIRO, R. **Integralidade em saúde.** [S.d.]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318- 325, ago. 1995.

RISCADO, J. L. S. R.; OLIVEIRA, M. A. B (org.). **Quilombolas, guerreiros alagoanos: AIDS, prevenção e vulnerabilidades.** Maceió: Edufal; 2011.

RISCADO, J. L. S. **Representações sobre sexualidade e Aids de homens jovens com HIV/Aids.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2013.

SANTOS, N. L. P.; PEREIRA, R. M. M.; MOREIRA, M. C.; SILVA, A. O cuidado à saúde de pessoas com albinismo: uma dimensão da produção da vida na diferença. **Physis**, v. 27, n.2, p. 319-333, 2017.

SOARES, R. C. P.; GUIMARÃES, C. M. Albinismo: aspectos sociais e necessidades de políticas públicas. **Estudos**, v. 27, n. 2, p. 319-333, out. 2014.

UNITED NATIONS HUMAN Rights (OHCHR). **Albinism:** beyond race, ethnicity and gender. Geneva: United Nations Human Rights, [s.d.]. Disponível em: <https://albinism.ohchr.org/about-albinism.html>.

CAPÍTULO X

MATRICIAMENTO: FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA A REDE DE SAÚDE MENTAL

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSF447.1123-10

Adilson José da Silva
Maria Cecília de Araújo Carvalho
Cristina Camelo de Azevedo

1. INTRODUÇÃO

O modelo de atenção primária orienta o cuidado em saúde no Brasil desde a década de 1990. No Sistema Único de Saúde (SUS), as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha em equipe multiprofissional e é responsável por um território definido, cujos princípios fundamentais são: integralidade, universalidade, equidade e participação social. [1]

O engajamento a esses princípios nos cenários das diversas realidades brasileiras é desafiador. Ao falar sobre saúde mental (SM) na Atenção Primária à Saúde (APS), o modo de enfrentamento do sofrimento psíquico estabelecido nos serviços de atenção à saúde exige dos profissionais o respeito aos princípios da humanização e a compreensão do modelo assistencial no contexto da reforma psiquiátrica

As avaliações mundiais apontam a necessidade de desenvolvimento dos sistemas de saúde para proverem cuidado aos portadores de transtornos mentais, pois a taxa de pessoas que não estão em tratamento é elevada, sobretudo nos países em desenvolvimento. [2] A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial dos Médicos de família (WONCA), alinhadas às ideias da reforma psiquiátrica, preconizam que o enfrentamento das questões relacionadas ao sofrimento mental deva ser prioritariamente realizado em serviços de base comunitária. [3]

A integração da rede de SM com a APS, assim como a qualificação de suas equipes para o trabalho integrado, são desafios prioritários para o alcance do cuidado integral em saúde, em

que a gestão compartilhada desse cuidado potencializa as forças resolutivas e de seguimento (longitudinalidade) das equipes e da rede.

Os princípios do SUS passaram a ser a matriz de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e na participação popular [4]. Esses princípios direcionam as estratégias e ações dos profissionais, permitindo que o serviço desenvolva uma visão holística do usuário. Por isso, o modelo de APS integral, como o concebido na declaração de Alma-Ata é o modelo preconizado pelo SUS e que pode resolver 80% dos agravos, provendo atenção longitudinal, organizando o cuidado e ampliando a oferta de acesso à saúde [5] [6].

A APS é palco de um embate entre diferentes concepções no modo de fazer saúde, podendo-se identificar dois paradigmas em confronto: o biomédico, cujo diagnóstico pressupõe regularidade, repetição e o paradigma da ampliação da clínica/clínica ampliada, em que há uma busca para além das repetições, na qual se procura o que o sujeito tem de singular, diferente [7].

A esfera da saúde mental ingressa no delineamento de competências atribuídas à APS, sendo crescente a demanda do sofrimento psíquico. A Organização Mundial de Saúde (OMS) postula, em seu relatório de 2005 [8], que, no mundo em geral e nos países de média e baixa renda em particular, ao se considerar o impacto sobre a perda de anos de vida saudáveis, os três principais problemas de saúde, em ordem decrescente, são: doença mental, trauma e doença cardiovascular.

Segundo Fortes et al. [9], a integração entre saúde mental e APS busca melhorar a integração entre o especialista e a APS. Com a atuação da ESF na resolução, prevenção e reabilitação em saúde mental, faz-se necessária uma nova forma de articulação entre os dois níveis, a exemplo do Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF -AB).

Nessa linha de mudança de paradigma, começa a ser articulada uma nova rede de cuidados e uma política de saúde mental no Brasil e a proposta de matriciamento em saúde mental se configura como uma ferramenta essencial na condução desse processo. Para Campos [10], o Matriciamento ou Apoio Matricial (AM) é um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada, com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar.

1.1. Apoio matricial

O Apoio Matricial (AM) ou matriciamento em saúde mental é uma forma de cuidado colaborativo que tem sua origem definidora no Brasil em discussões sobre a organização do trabalho em saúde no final dos anos 1990^[11]. Desde quando foi primeiramente idealizado até os dias atuais, o matriciamento vem passando por transformação em seu significado, apresentando diversas polifonias conceituais. Alguns o entendem como um arranjo, outros como uma tecnologia/dispositivo de gestão, como um método ou como um modelo de cuidados colaborativos.

Então, sucessivamente, durante o decorrer dos anos 2000, a concepção de AM vai se desdobrando, conservando sempre seu formato de atuação em rede, valorização de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, interdisciplinaridade, diálogo, interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde ^[12], promoção de relações horizontais nas quais o apoiador e a equipe de referência trabalham na construção de visões multi e transdisciplinares ^[13].

Por sua vez, o MS ^[14] ^[15] refere-se ao apoio matricial como uma tecnologia de gestão utilizada em conjunto com o arranjo organizacional de equipes de referência. Para o guia prático de matriciamento em SM do MS ^[15], matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, lembram que o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde, ou seja, podem ser matriciadores em saúde mental na APS: psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais ou enfermeiros. Esse guia também traz como instrumentos do processo de matriciamento: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a interconsulta, a consulta conjunta, a visita domiciliar conjunta; o genograma e o ecomapa.

Este trabalho, decorrente de uma pesquisa do mestrado profissional em saúde da família da Fiocruz – Polo Alagoas, representado pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), teve como objetivo geral discutir o cenário de integração da saúde mental (SM) na APS, com ênfase no matriciamento, no município de São Sebastião, Alagoas, Brasil. Procurou-se compreender o desenho da rede de SM do município e identificar as particularidades do matriciamento desenvolvido na realidade local.

2. METODOLOGIA

Este é um estudo transversal exploratório, numa perspectiva qualitativa, para o qual foi utilizado o método de estudo de caso. A produção do material foi feita com profissionais de PSF, NASF, CAPS, coordenadores da APS e da SM no município de São Sebastião-AL, através de entrevistas semiestruturadas. O roteiro de entrevista utilizado foi baseado em Oliveira [16].

As entrevistas coletadas foram gravadas e transcritas para melhor tratamento dos dados e informações colhidos. Também foram efetuadas análises de documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde.

As entrevistas foram analisadas através da Análise do Conteúdo. Os dados tratados permitiram a análise das representações dos sujeitos e tem por objetivo compreender os significados manifestos na comunicação, indo além da compreensão imediata e espontânea [17].

A pesquisa obteve aprovação pelo comitê de ética com certificação de apresentação para apreciação ética (CAAE) sob o número 97120518.4.0000.5013.

2.1. Identificação e descrição do município

São Sebastião é um município do estado de Alagoas, localizado no agreste e ao sul do estado, a 100 km de Maceió e 27km de Arapiraca. Sua área é de 307 km². O município tinha 32010 habitantes no último Censo de 2010. Isso coloca o município na posição 18 dentre 102 do mesmo estado. Em comparação com outros municípios do Brasil, fica na posição 973 dentre 5570. Sua densidade demográfica é de 104.25 habitantes por quilômetro quadrado, colocando-o na posição 27 de 102 do mesmo estado [18].

O município está inserido numa região sanitária que conta com um hospital psiquiátrico, o Instituto Teodora Albuquerque (ITA), sendo um ponto da rede de saúde mental junto ao Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR) localizado em Maceió-AL. Desse modo, o apoio da rede estadual (intermunicipal) tem hospitais psiquiátricos como referência.

2.2. Participantes do estudo

No total, foram entrevistados sete profissionais. Devido à carência de profissionais médicos, foi difícil encontrar profissionais dessa categoria que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão. A maioria dos profissionais tinha mais de cinco anos de formado, eram pós-graduados e estava há pouco mais de dois anos na ESF ou na SM. Eram matriciadores, o enfermeiro de SM que trabalhava no CAPS; a psicóloga que trabalhava no NASF e a enfermeira coordenadora da APS. Os quatro restantes eram médicos e enfermeiros da ESF.

2.3. Análise e sistematização dos dados

Com intuito de ordenar os dados apresentados, foram criados os seguintes subgrupos: Gestores; Equipes Matriciadas (Equipes de Referência); Equipes Não Matriciadas e Profissionais Matriciadores. No município não existe uma separação entre equipes matriciadas pelo CAPS e as matriciadas pelo NASF, pois eles realizam atividades conjuntas. É preciso considerar também que existem equipes que nunca tiveram ações de matriciamento. Entre os profissionais matriciadores, existem os que são do CAPS e os que são do NASF. As falas apresentadas no texto fazem referência a três grupos de profissionais: profissional da ESF, profissional de SM e profissional gestor.

A leitura repetida dos textos (leitura flutuante) permitiu a classificação dos dados, objetivando a apreensão de estruturas de relevância nas falas dos participantes da pesquisa e a reunião de ideias centrais dos entrevistados sobre os pontos destacados nas entrevistas. Dessas últimas se construiu as categorias empíricas.

Realizou-se em seguida, uma leitura dos dados de cada subconjunto e da totalidade do conjunto, dando origem às áreas temáticas, o que possibilitou um reagrupamento em torno de categorias centrais, apresentadas e discutidas a seguir. Verificou-se que o significado das falas e sua relação com o material teórico em um movimento incessante entre a teoria e o empírico buscou discutir e emergir temas relevantes sobre a inserção das ações de SM na ESF, tendo as atividades de apoio matricial (matriciamento) como fio condutor desse processo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram discriminadas categorias relacionadas a temas como início e planejamento das ações; tipos de intervenções e ações compartilhadas, bem como a participação das equipes no processo de matriciamento, discutidas à luz dos depoimentos dos entrevistados.

3.1. Categoria 1: Desenvolvimento e organização das ações de matriciamento

Segundo informações colhidas nas entrevistas e em consulta ao livro de atividades de matriciamento da coordenação de SM, tais atividades começaram há pouco mais de dois anos (início de 2017), quando a coordenação estadual de SM convocou algumas pessoas do serviço de SM do município, incluindo a coordenadora de SM, para uma qualificação em apoio matricial. Lá, foram apresentados à proposta de matriciamento em SM e, partindo de alguns diagnósticos situacionais, construíram um plano de ação para o município. Esse plano contemplou a

qualificação de toda a equipe municipal de SM e foi realizada pelos que participaram da qualificação estadual. A organização/agrupamento dos profissionais que fariam o apoio matricial e iniciariam as atividades de matriciamento nas UBS e uma programação anual foi construída. Foi relatada por alguns uma dificuldade inicial para se compreender o matriciamento.

Foi um pouco difícil, por questão de compreensão, por conta que [...] praticamente, às vezes, as esferas de governo maior determinam, tem que fazer e tal [...] Só que a gente necessita de qualificação para desenvolver, aí no começo teve essa dificuldade de entendimento pra gente poder entender, pra poder realizar (Profissional de SM).

Verificando o livro de registro das atividades de matriciamento no município, disponibilizado pela coordenação de SM, observamos que as ações de matriciamento eram feitas de forma conjunta pelos profissionais do NASF- AB e do CAPS. Em janeiro de 2019, o CAPS dispunha de um psiquiatra, um psicólogo, um assistente social, dois enfermeiros de saúde mental, um terapeuta ocupacional e um farmacêutico. Já o NASF, dispunha de um psicólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta e um educador físico. Atualmente, das quinze ESF que o município possui, são feitas algumas atividades de matriciamento em onze delas.

As atividades realizadas foram, inicialmente, de educação continuada sobre o que é o matriciamento, seguidas da identificação dos pacientes que fazem acompanhamento no CAPS/NASF- AB e as respectivas ESF a qual pertencem (ESF de referência), assim como as microáreas e o ACS que os acompanham. Atualmente, os espaços formais para realização das ações de matriciamento são reuniões para discussão e acompanhamento de casos complexos, além de visitas domiciliares conjuntas para esses casos. Já os espaços informais de apoio matricial são efetivados por contatos telefônicos e por WhatsApp.

Os profissionais do CAPS e NASF- AB definem apoio matricial como um apoio em SM aos profissionais da AB, um trabalho conjunto para a melhoria da rede de cuidados.

Seria uma equipe, como nós do NASF, trabalhando em conjunto com as ESF, dando apoio em SM (Profissional de SM).

Esses profissionais também acreditam que o matriciamento é uma ferramenta importante para se considerar outros aspectos da saúde do usuário que não apenas a SM.

Uma ferramenta de apoio pra gente fazer um atendimento contínuo, integral, pra tanto eles (ESF) saberem o que a gente realiza aqui com o usuário como a gente saber também sobre as outras patologias do usuário, pra gente

monitorar, principalmente a gente da enfermagem que fica com essa parte de monitoramento e acompanhamento das doenças crônicas (Profissional de SM).

Para os profissionais da ESF, o matriciamento é uma ferramenta importante da rede de cuidados que dá suporte às equipes de saúde (ESF) e sua utilização possibilita a melhoria da comunicação entre os níveis de assistência de uma rede de cuidados.

É um paciente que precisa dos pontos da rede, como AB, NASF, CAPS ou outros serviços de média complexidade. Para dar suporte à AB fazemos uso do matriciamento (Profissional da ESF).

Como se fosse uma rede que liga vários níveis de atenção em SM, onde a ferramenta de comunicação é o matriciamento (Profissional da ESF).

A organização da rede de SM do município de São Sebastião-AL parece corresponder bem ao modelo de SM que se pratica no município, ou seja, uma mistura do modelo psicossocial com o modelo asilar, por utilizar, como um dos recursos, o hospital psiquiátrico.

A estratégia de matriciamento é planejada de forma diferente entre o CAPS e o NASF-AB. Observou-se uma parceria maior entre os profissionais do NASF-AB e da ESF que entre o CAPS e a ESF. Mesmo assim, muitas atividades de matriciamento são executadas de forma conjunta pelo NASF-AB e CAPS.

A coordenadora do NASF se reúne mensalmente com as enfermeiras, discutem as demandas e faz uma programação mensal. Essa programação é passada para as equipes da ESF e do NASF; além disso, disponibilizamos o telefone celular para, havendo demandas fora da programação, as ESF nos acionarem. Quando preciso fazer atendimento de ambulatório, eu faço; caso eu perceba que precisa usar alguma medicação, encaminho ao psiquiatra. A partir da demanda, elaboramos estratégia de prevenção: palestra, sala de espera, roda de conversa (Profissional de SM).

A gente tem um cronograma que a coordenadora de SM está finalizando, definindo as unidades a serem atendidas, isso este ano (2019). Mas, ano passado já tinha essa programação, denominando tal profissional para determinada unidade, todos os profissionais participam da realização, é multidisciplinar [...] A gente tá tentando fazer o município todo, já fizemos uma boa parte; é que algumas unidades tem a sede e os polos. Houve outras ações que vieram, como o apoio do NASF (Profissional de SM).

3.2. Categoria 2: Abordagem do sofrimento psíquico na atenção primária e a integralidade do cuidado

A APS é a porta de entrada preferencial do SUS. Por esse motivo, são diversos os tipos de sofrimento psíquico demandados para esse nível de atenção. Pensar em SM também passa pela compreensão dos profissionais de saúde de que qualquer doença ou agravo que acometa o

usuário do serviço, bem como exige que tais profissionais sempre considerem aspectos da saúde mental como implicadores para o enfrentamento da demanda.

O cenário socioeconômico e a violência também são geradores e desencadeadores de sofrimento psíquico. Esses elementos fazem parte da vida de qualquer pessoa, porém, quando se tem precárias condições de vida, o impacto parece ser mais profundo.

Os pacientes de SM não têm perspectivas. Mais uma vez a gente esbarra na questão social. Não existe melhoria das condições de saúde, principalmente de SM, separadas do contexto social (Profissional da ESF).

Além disso, os profissionais citam a depressão como um transtorno muito frequente, seguido por transtorno de ansiedade e problemas com álcool e outras drogas.

A campeã é a depressão, temos bastantes casos, aí vem a ansiedade, estresse... Problemas com álcool e outras drogas também, só que essa parte é bem difícil, são mais adolescentes e eles não procuram a UBS (Profissional da ESF).

A percepção dos matriciadores dialoga com a dos matriciados, reforçando, possivelmente, uma leitura alinhada dos pontos de cuidado oferecidos na rede do município.

Depressão e ansiedade em todas as idades; depressão leve, moderada e grave; transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada. Mas, na base desses problemas estão as questões sociais, como violência e desemprego. Além de casos relacionados ao álcool e outras drogas (Profissional de SM).

O contexto socioeconômico e a desagregação familiar foram entraves muito presentes nos relatos dos profissionais, agravando e obstaculizando o manejo dos pacientes de SM.

Grande parte de transtorno depressivo; a maioria por problemas familiares (separação; conflito de gerações). Problemas relacionados ao álcool e outras drogas também (Profissional Gestor).

As falhas na rede assistencial e na integralidade do cuidado, aliados aos problemas de ordem social e familiar, fazem com que as pessoas utilizem os recursos que estão disponíveis, desde um psicotrópico utilizado pelo vizinho até a compra ilegal dessas medicações em farmácias.

Um problema sério que enfrentamos é o uso inadequado de psicotrópico, é como se as pessoas quisessem medicalizar os problemas sociais: a mulher se medica para suportar o marido que ela não tem coragem de mandar ir embora. Outra coisa, as pessoas não querem sentir as emoções, briga com o namorado quer um remédio (Profissional de SM).

Ainda de maneira incipiente, os profissionais já reconhecem alguns impactos positivos nos cenários assistenciais das ações de matriciamento. Os usuários são assistidos de forma mais contínua e os profissionais da ESF podem interferir no curso terapêutico dentro das limitações técnicas e do serviço, deixando a ESF mais resolutiva.

Segundo os entrevistados, o matriciamento permitiu que os profissionais enxergassem o território e o paciente de SM de forma diferente, contribuindo para uma mudança recíproca de usuários e profissionais. Além disso, a comunicação entre os pontos assistenciais do cuidado em SM se tornou mais efetiva.

O matriciamento permitiu conhecer todos os pacientes de SM [...] identificar o local do território que esses pacientes estão (Profissional da ESF).

Houve uma melhoria no acompanhamento do usuário na questão patológica/clínica, alguns usuários deixaram de ter recaídas. Houve uma melhora da visão do usuário sobre o serviço e da gente sobre o usuário e o território (Profissional de SM).

As dificuldades elencadas ao se tentar realizar o matriciamento no município de São Sebastião, nas condições de recursos humanos e materiais que se tem atualmente, são muitas. A seguir, nota-se quais as consequências disso nas falas dos pesquisados:

A questão da compreensão (do que é matriciamento) que ainda é um pouco difícil, a questão de deslocamento (transporte), a gente ainda tem dificuldade para ir até a unidade e tudo; as visitas também ainda têm problemas (Profissional de SM).

Só existe o encontro para planejar o matriciamento e, realmente, o que é colocado no papel pode ser que não seja executado de fato, porque não é cobrado (Profissional Gestor).

Um dos maiores desafios é dar conta das quantidades de atribuições da ESF e do CAPS [...] Para o CAPS, por exemplo, pra fazer o matriciamento os profissionais terão que se deslocar até as 13 UBS, sem considerar que algumas ainda se dividem em 3 polos por conta do território que é grande (Profissional da ESF).

Alguns profissionais referiram escassez de ações de matriciamento, o que se justifica, em parte, pela quantidade de atribuições para os dispositivos da rede (ESF, CAPS E NASF- AB) e pela pouca quantidade de profissionais para uma demanda alta, principalmente no CAPS e NASF- AB. Outros referiram não haver continuidade das ações e pouca efetividade para a consolidação do matriciamento.

A proposta é de haver comunicação entre os serviços, mas, infelizmente, não vejo muito isso. Por que ele (o paciente) tem assistência do CAPS, do NASF e da

ESF, fazemos inclusive a visita domiciliar, mas tem que haver mais interação entre esses pontos; a AB faz exames e avaliações, mas o psiquiatra do CAPS não tem acesso a isso [...] Como te falei existiu uma vez só (Profissional da ESF).

Um dos grandes desafios seria tempo suficiente para dar conta de tantas atribuições, tanto nós do NASF, que somos poucos, como o pessoal da ESF (Profissional de SM).

A dificuldade hoje é a continuidade, não só das ações em SM dos profissionais da AB, as dos profissionais do CAPS também, entendeu? [...] Não é só planejar, tem que ser executado; do que adianta eu fazer um projeto e não executar. Qual o poder isso tem? Não tem poder algum (Profissional Gestor).

3.3. Categoria 3: Formação e qualificação

Não existe, na agenda da gestão municipal e estadual, atividades formativas que tenham incluído os profissionais da APS, NASF- AB e CAPS, principalmente no que se refere ao matriciamento.

Nunca participei de educação continuada em SM, nem de ações conjuntas e de manejos de pacientes de SM (Profissional da ESF).

Fui apresentada a esse tipo de abordagem no final de 2017; a coordenadora da SM esteve aqui pra eu saber o que era matriciamento, pois a reunião estadual para qualificar sobre o tema, eu não fui convocada (Profissional Gestor).

Mesmo diante das dificuldades, a equipe de SM (CAPS e NASF) consegue fazer algumas reuniões de qualificação e troca de experiências, tanto na própria equipe como junto à ESF.

Houve uma reunião com o pessoal do CAPS e discutimos algumas situações de alguns pacientes que são atendidos no CAPS, foi muito proveitoso, aprendemos a lidar com algumas situações (Profissional da ESF).

Nas reuniões com os profissionais da ESF, eles foram bastante colaborativos; no começo, muitos não sabiam o que era (matriciamento), principalmente os ACS. Na reunião, a gente apresenta o projeto a todo mundo e explica como tem que ser, aí o pessoal, às vezes, tem até uma ideia de como é matriciamento (Profissional de SM).

Observou-se nas entrevistas que os profissionais procuraram se qualificar, fazendo cursos por conta própria e, através da leitura e da interação interprofissional, melhoraram sua compreensão do processo de matriciamento em SM. Embora a discussão de caso ainda não seja uma conduta frequente, os profissionais acionaram o aprendizado colaborativo nos cenários de práticas.

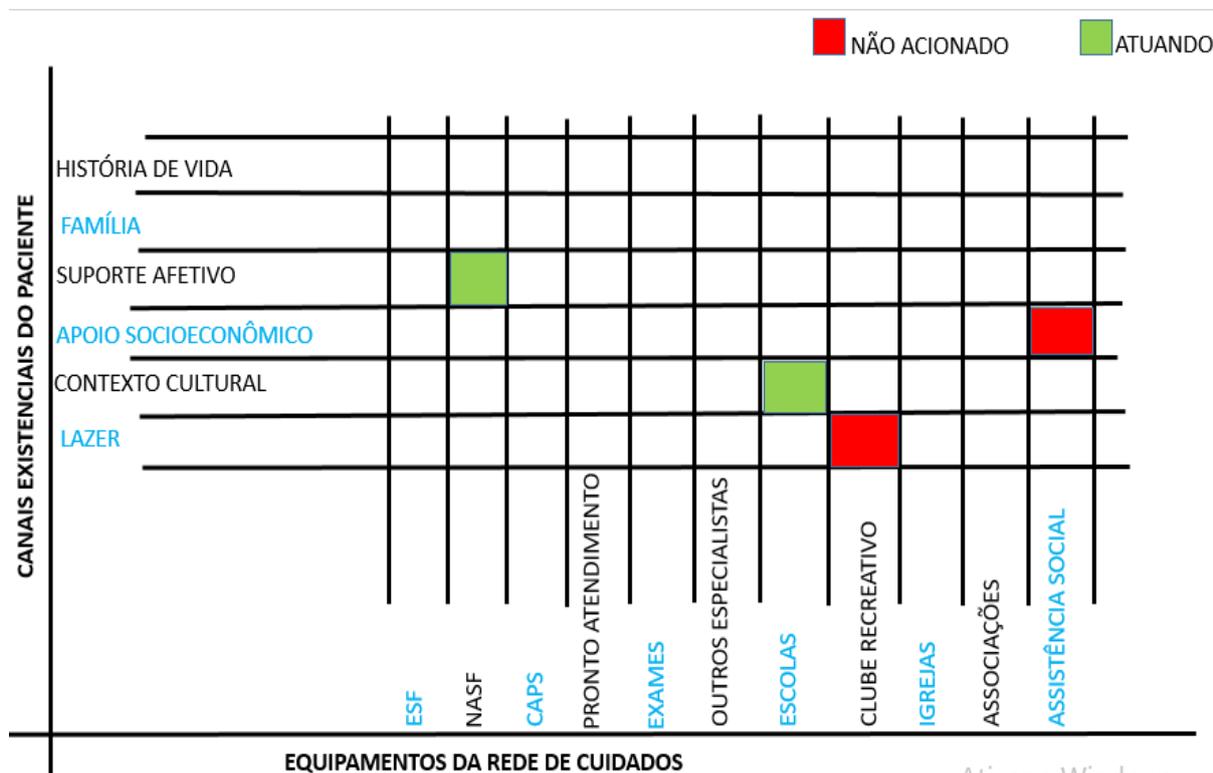
Para concluir essa análise, com base nos dados obtidos sobre o matriciamento, que destacam a desintegração na rede de assistência à saúde mental do município pesquisado e, diante dos problemas elencados pelos profissionais entrevistados, o pesquisador dispôs-se a fazer uma recomendação aos serviços do município pesquisado, que consistiu na elaboração de uma *Matriz individual de ações para o apoio ao matriciamento*, a seguir detalhada. Essa matriz foi inspirada teoricamente em algumas ferramentas de matriciamento, bem como em outras ferramentas de abordagem comunitária e familiar.

3.4. Recomendação aos serviços do município pesquisado

A partir da *Matriz individual de ações para o apoio ao matriciamento* (Fig. 1), chamada de *individual*, porque cada paciente terá a sua. O serviço que acolher o paciente poderá encontrar as potencialidades para a resolução dos problemas vislumbradas pelos profissionais que o atenderam anteriormente. Para cada serviço acionado, a matriz construída será disponibilizada.

Na descrição da Matriz, as linhas horizontais representam os canais existenciais do paciente de SM, canais que eles constroem e modificam (família, suporte afetivo, história de vida, apoio socioeconômico, contexto cultural etc.). As linhas verticais são os equipamentos de saúde (CAPS, NASF- AB, ESF etc.), bem como os equipamentos intersetoriais (igreja, escolas, associações, clubes recreativos etc.) existentes na rede de cuidados, os quais também podem ser considerados canais institucionais que os profissionais de saúde e outros profissionais poderão acionar, modificar e oferecer ao paciente de SM, para o enfrentamento de seu transtorno. A cor da intersecção entre um determinado equipamento da rede de cuidados e um canal existencial do paciente indicará a atividade da rede de cuidados, podendo ser verde, quando o equipamento da rede já estiver atuando, ou vermelho, quando o equipamento da rede se faz necessário, mas que ainda não foi acionado.

Figura 1 – Matriz individual de ações para o apoio ao matriciamento



Fonte (autor): JOSÉ-SILVA, A.,2019.

Essa matriz permitirá uma visão panorâmica do itinerário seguido e/ou proposto pelo/para o usuário na rede de cuidados, possibilitando um planejamento terapêutico e indicando os equipamentos da rede de cuidados que ele poderá utilizar: as intersecções não coloridas (equipamentos que poderão ser úteis); as que já estão sendo utilizadas por ele (verde) e as que são urgentes, mas que por algum motivo ainda não foram acionados (vermelhas), de acordo com suas necessidades específicas, seguindo o plano terapêutico proposto pelo equipamento de saúde que foi a porta de entrada na rede; seguido e reformulado, caso necessário, por outros equipamentos contidos na matriz ou por alguma necessidade nova do usuário.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenho da rede de SM de São Sebastião-AL contemplou poucos serviços substitutivos previstos no modelo psicossocial, existindo no município somente um CAPS e um NASF- AB com

a quantidade e a escassez de profissionais (sem psiquiatra, por exemplo) que se apresentaram com uma sobrecarga de atribuições que não conseguem dar conta. Há fragmentação e pouca efetividade no processo de apoio matricial, mesmo havendo sucesso em algumas ações e boa vontade dos profissionais, e não existe uma rede de especialistas dando suporte às equipes de referência. O que existe é uma tentativa de consolidação do apoio matricial por alguns profissionais não especialistas, muitas vezes recém-formados, que tentam pôr em prática um projeto de matriciamento que ainda não compreenderam bem, faltando, muitas vezes, propriedade para falar sobre o tema em sua realidade de atuação. Apesar de ter equipamentos de SM (CAPS e NASF- AB), o município não dispõe de um médico psiquiatra e o médico que faz atendimento no CAPS é um clínico que atende pacientes da psiquiatria.

A atenção à saúde no município segue o modelo de organização hierárquica, o *modus operandi* e a cultura de fazer saúde de boa parte dos profissionais ainda considera a existência de níveis de complexidade. Os profissionais desenvolvem suas atividades numa lógica em que o curso terapêutico do paciente de SM segue o nível básico (ESF), nível intermediário (Especialista, CAPS, NASF- AB) e alta complexidade (Hospital Psiquiátrico).

Observa-se que o NASF- AB faz uma cobertura mais efetiva, pois pratica a busca ativa das demandas no território; o CAPS ocupa um lugar de ambulatório de SM e, quando os profissionais de lá tentam realizar atividades com as equipes (ESF), apenas avisam que irão em tal data. Acontece que os profissionais acabam não se comprometendo com a visita agendada, preferem manter suas atividades rotineiras e os desencontros de ideias e ações acontecem com frequência. Ainda não existe no município um alinhamento de todos os pontos assistenciais para o mesmo propósito.

Percebe-se que os profissionais entrevistados, do NASF- AB, CAPS e ESF, não conseguiram falar de um paciente em comum, que ajudaram em algum momento, no enfrentamento do sofrimento psíquico, utilizando os equipamentos de cuidados. E nem sabiam identificar se um determinado paciente estava ou não tendo suporte intersetorial, concluindo-se que o serviço tem um baixo nível de integração.

Diante da precariedade de integração dos serviços responsáveis pelo cuidado à saúde mental, o pesquisador propõe a utilização da matriz individual de ações para o apoio ao matriciamento, com vistas à melhoria da integralidade dos cuidados oferecidos ao usuário de SM, potencializando a abordagem integral, resolutiva e centrada na pessoa, com os recursos que estão disponíveis para os profissionais de saúde e usuários.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudental.pdf. Acesso em: 16 dez. 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada** [Internet]. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 16 dez. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: equipes de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em: 15 dez. 2022.
4. BRASIL. Presidência da República. **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. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 16 dez. 2022.
5. CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
6. CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
7. CUNHA; T.G.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2001.
8. FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.
9. IBGE. **Censo demográfico de 2010**. [Internet] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística, dados referentes ao município de São Sebastião-AL. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/extras/perfil.php>. Acesso em: 20 ago. 2017.
10. KOHN, R et al. The treatment gap in mental health care. **Bull World Health Organ.**, v. 82, n. 11, p. 858-866, nov. 2004.
11. LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo. v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.
12. MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004.

13. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento** – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12 ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
14. OLIVEIRA, L. P. B. **O apoio matricial em saúde mental e a qualificação das equipes de saúde da família** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/11193/Luciana_Oliveira_EPSJV_Mestrado_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 16 dez. 2022.
15. OMS; WONCA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Lisboa: OMS, WONCA; 2009.
16. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organização Pan-Americana da Saúde. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO Global Report, 2005.

