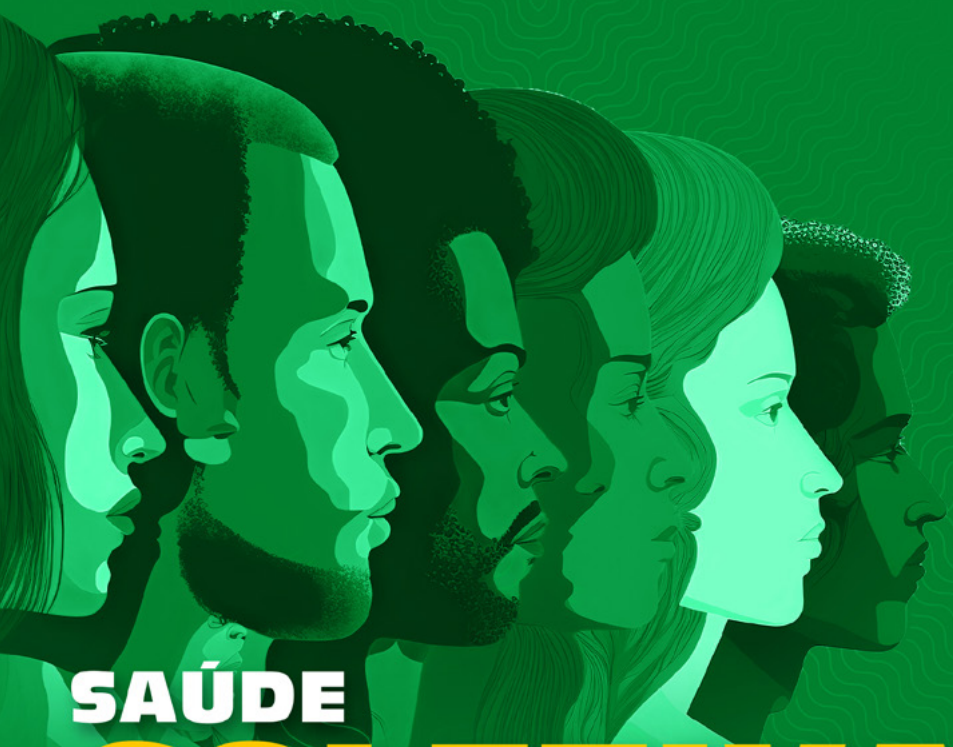


Organização:

Marcos Claudio Signorelli
Doroteia Aparecida Höfelmann
Karin Regina Luhm
Talita Gianello Gnoato Zotz
Yanna Dantas Rattmann



SAÚDE

COLETIVA

Diálogos e Caminhos

**COLLECTIVE HEALTH:
DIALOGUES AND PATHWAYS**

VOLUME 02


NOVA PRÁXIS
EDITORIAL

Organização:

Marcos Claudio Signorelli
Doroteia Aparecida Höfelmann
Karin Regina Luhm
Talita Gianello Gnoato Zotz
Yanna Dantas Rattmann



SAÚDE
COLETIVA
Diálogos e Caminhos

COLLECTIVE HEALTH: DIALOGUES AND PATHWAYS

VOLUME 02

PORTO ALEGRE
1ª EDIÇÃO
2023



NOVA PRÁXIS
EDITORIAL

© Nova Práxis Editorial – 2023

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Porto Alegre, RS

1ª edição

Novembro de 2023

Capa: **Vitor Marques**

Revisão e diagramação: **Nova Práxis Editorial**

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Adriéli Volpato Craveiro

Amauri Tadeu Barbosa Nogueira

Carlos Podalírio de Almeida

Claudete de Sousa Nogueira

Eduardo Augusto Farias

Érica Maia Arruda

Francisco Pereira Costa

Francisco Gómez-Gómez

Gianmarco Loures Ferreira

Graziela Rinaldi da Rosa

Ivan Seixas

José Antônio Rosa

Lívia Caetano da Silva Leão

Madalena Sofia Oliveira

Maria de Fátima Gomes de

Lucena

Maria Ozanira da Silva e Silva

Marilú Fontoura de Medeiros

Muniz Sodré

Regina Célia Di Ciommo

Reinaldo Nobre Pontes

Sarita Amaro

Solange Aparecida Serrano

Suzana Albornoz

Vera Lúcia Freitag

Vera Núbia Santos

Véronique Durand

Yone Lindgren

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S578s

Signorelli, Marcos Claudio (org.)

Saúde coletiva : diálogos e caminhos / Marcos Claudio Signorelli, Doroteia Aparecida Hofelmann, Karin Regina Luhm, Talita Gianello Gnoato Zots, Yanna Dantas Rattmann (org.). – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Nova Práxis Editorial, 2023.

402p. ; 14x21 cm ; Formato digital (PDF).

Volume 2

ISBN 978-65-80-599-65-3

doi.org/10.58725/ebk.978-65-80599-65-3

1. Medicina – saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Hofelmann, Doroteia Aparecida. II. Luhm, Karin Regina. III. Zots, Talita Gianello Gnoato. IV. Rattmann, Yanna Dantas. V. Título.

CDU 614(81)

CDD 362.1

Carla Lopes Ferreira (Bibliotecária CRB1-2960)

Índices para catálogo sistemático

1. Medicina : saúde pública : Brasil 613(81)

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9610, de 19/12/1998.

É proibida a reprodução deste livro com fins comerciais sem a prévia autorização da Nova Práxis Editorial.

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Deixe-nos surpreender você!

novapraxiseditorial.livros@gmail.com

www.novapraxiseditorial.com

Mostardeiro, 777 - 1401, Moinhos de Vento | Porto Alegre - RS - Brasil | CEP 90430-000

Os textos aqui presentes são de inteira responsabilidade, no que se refere ao seu conteúdo, de seus respectivos autores e autoras. Nem os(as) organizadores(as), nem a Editora, têm responsabilidade sobre eles.

Sobre os(as) organizadores(as)

About the editors:

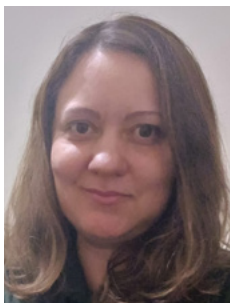


Marcos Claudio Signorelli

Professor Associado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com estágio pós-doutoral na La Trobe University, Austrália. Mestre em Fisiologia e Bacharel em Fisioterapia. Líder

do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Território, Diversidade e Saúde (TeDiS). E-mail: signore@ufpr.br

Associate Professor of Public Health at the Federal University of Paraná (UFPR). Coordinator of the Post-Graduation Program in Public Health at UFPR. Ph.D. in Public Health from the Federal University of São Paulo (UNIFESP), with post-doctoral training at La Trobe University, Australia. Master's in Physiology and Bachelor's in Physiotherapy. Leader of the Interdisciplinary Research Group on Territory, Diversity, and Health (TeDiS).



Doroteia Aparecida Höfelmann

Nutricionista, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente da Universidade Federal do Paraná, Departamento de Nutrição, Curitiba, Paraná. Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná. E-mail: doroteia.hofelmann@ufpr.br

Nutritionist, Ph.D. in Public Health from the Federal University of Santa Catarina (UFSC). Faculty member at the Federal University of Paraná, Department of Nutrition, Curitiba, Paraná. Permanent professor in the Post-Graduation Program in Public Health and the Post-Graduation Program in Food and Nutrition at the Federal University of Paraná.



Karin Regina Luhm

Graduada em medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. E-mail: kaluhm@gmail.com

Graduated in Medicine from the Federal University of Paraná (UFPR). Ph.D. in Public Health from the University of São Paulo. Associate Professor in the Department of Public Health at UFPR. Professor in the Post-Graduation Program in Public Health at UFPR.



Talita Gianello Gnoato Zotz

Fisioterapeuta. Mestre em tecnologia em Saúde, doutora em Educação Física. Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR, Líder do Grupo de Pesquisa GPFisio-UFPR. E-mail: talita.gnoato@gmail.com

Physiotherapist. Master's degree in Health Technology, Ph.D. in Physical Education. Faculty member in the Undergraduate Physiotherapy Program and the Post-Graduation Program in Public Health at UFPR. Leader of the GPFisio-UFPR Research Group.



Yanna Dantas Rattmann

Farmacêutica, Mestre e Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Paraná, com estágio na Universidade de Strasbourg, França. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Docente permanente do Mestrado em Saúde Coletiva da

UFPR. E-mail: yanna@ufpr.br

Pharmacist, Master's and Ph.D. in Pharmacology from the Federal University of Paraná, with a research fellowship at the University of Strasbourg, France. Professor in the Department of Public Health at the Federal University of Paraná. Permanent faculty member in the Master's Program in Public Health at UFPR.

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
PRESIDENT OF THE REPUBLIC

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
MINISTER OF EDUCATION

Camilo Sobreira de Santana

**DIRETORA DA COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO
DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR**
*DIRECTOR OF THE COORDINATION FOR THE
IMPROVEMENT OF HIGHER EDUCATION PERSONNEL*

Prof^a Dr^a Mercedes Maria da Cunha Bustamante

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
FEDERAL UNIVERSITY OF PARANÁ

REITOR
RECTOR

Prof. Dr. Ricardo Marcelo Fonseca

VICE-REITORA
VICE-RECTOR

Prof^a. Dr^a. Graciela Ines Bolzón de Muniz

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
*PRO-RECTOR FOR RESEARCH AND POSTGRADUATE
STUDIES*

Prof. Dr. Francisco de Assis Mendonça

**COORDENADORA DOS PROGRAMAS DE PÓS-
GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**
*COORDINATOR OF STRICTO SENSU POSTGRADUATE
PROGRAMS*

Prof^a. Dr^a. Lucimara Stolz Roman

DIRETOR DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DIRECTOR OF THE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

Prof. Dr. Nelson Luis Barbosa Rebellato

VICE DIRETOR DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
VICE DIRECTOR OF THE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

Prof. Dr. Edison Luiz Almeida Tizzot

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
HEAD OF THE DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Prof^a. Dr^a. Solena Ziemer Kusma Fidalski

**COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA**
***COORDINATOR OF THE POSTGRADUATE PROGRAM IN
PUBLIC HEALTH***

Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli

**VICE-COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**
***VICE-COORDINATOR OF THE POSTGRADUATE PROGRAM
IN PUBLIC HEALTH***

Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

NOMINATA DE PARECERISTAS REVISORES(AS) AD-HOC DESTA OBRA

AD-HOC REVIEWERS OF THIS VOLUME

A Comissão Organizadora deste e-book expressa sua imensa gratidão às avaliadoras e avaliadores que se disponibilizaram a revisar os capítulos que compõem esta obra:

Dr^a Anelise Montañes Alcântara
Prefeitura Municipal de Piraquara

Prof^a Dr^a Ana Paula Modesto
Curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Prof^a Dr^a Bianca de Oliveira Cata Preta
Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná

Prof^a Dr^a Eliane Mara Cesário Pereira Maluf
Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Paraná

Prof. Dr. Eliseu Alves Waldman
Departamento de Epidemiologia, Universidade de São Paulo

Prof^a Dr^a Evelise Dias Antunes
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
(IFPR)

Prof. Dr. Juliano de Trotta
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR)

Prof^a Dr^a Renata Bellenzani
Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná

Dr^a Renata Szpak
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas,
Universidade Federal do Paraná

Prof Dr. Rogerio Gomes Miranda

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná

MSc. Tamires Terezinha Gallo da Silva

Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná

MINI CURRÍCULO DOS AUTORES E AUTORAS

Amanda de Cassia Azevedo da Silva: Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), na linha de Políticas e Serviços de Saúde. Pós-graduada em Auditoria para Hospitais, Serviços, Sistemas e Planos de Saúde pela Faculdade Pequeno Príncipe, em Educação Continuada e Permanente em Enfermagem, em Direitos Humanos e Responsabilidade Social e Cidadania Global (PUCRS) e Violência Doméstica. E-mail: sucesocomprosperidade@gmail.com

Ana Carolina Brandt de Macedo: Fisioterapeuta PUC-PR (1999). Pós graduação em Ciências do Esporte e Medicina Desportiva pela PUC-PR e também em Fisioterapia Dermatofuncional pela Faculdade de Educação Física e Fisioterapia de Jacarezinho, Mestrado em Engenharia Elétrica e Informática Industrial pela UTFPR e doutorado em Educação Física UFPr. Atualmente é professora da UFPR e do programa de Mestrado em Educação Física pela UTFPr. E-mail: ana.macedo@ufpr.br

Ana Carolina Klein: Possui graduação em Enfermagem (2012) e pós-graduação em Saúde da Família (2014) pela Universidade Federal de Santa Catarina, pós-graduação em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (2016) e Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (2019). Atualmente é enfermeira da Prefeitura de Joinville na área de Planejamento Estratégico, Análise de Dados e Educação Permanente. E-mail: anaklein.enf@gmail.com

André Luis Cândido da Silva: Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal do Paraná. Especialista em Microbiologia (UFPR), Biossegurança (FIOCRUZ), Vigilância em Saúde Ambiental (UFRJ), Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (UFRN). Mestre em Saúde Coletiva (UFPR). Farmacêutico

Bioquímico na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e na Prefeitura Municipal de Araucária. E-mail: andreluissilva@sesa.pr.gov.br

Anna Raquel Silveira Gomes: Fisioterapeuta graduada pela PUC/PR; Mestre em Biologia Celular pela UFPR; Doutora em Fisiologia pela UFSCar; Pós-Doutorado na Universidade de Sidney; Especialista em Fisioterapia Traumatológica Ortopédica pela ABRAFITO. Docente titular do Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia e do Programa de Mestrado e Doutorado em Educação Física da UFPR. E-mail: annaraquelsg@gmail.com

Ariani Cavazzani Szkudlarek: Docente do curso de fisioterapia da UFPR. Possui graduação em Fisioterapia pela PUC-PR (1999), Aperfeiçoamento/Especialização em Fisiologia humana pela Universidade Federal do Paraná (2001), Mestrado (2004) e Doutorado (2011) em Biologia Celular e Molecular, área de concentração em Fisiologia (UFPR). Atua na área de pesquisa e extensão em saúde coletiva e fisioterapia cardiovascular. E-mail: ariani@ufpr.br

Arlete Ana Motter: Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1992), Pós-Graduação em Fisioterapia Cardiorespiratória pela UTP (1997) e Traumatológica Ortopédica Funcional (2005) pelo COFFITO, Mestrado (2001) e Doutorado (2007) em Engenharia de Produção, com ênfase em Ergonomia, pela Universidade Federal de Santa Catarina e Pós-Doutorado em Psicologia do Trabalho, pela Universidade do Porto, Portugal. É Professora Associada III da Universidade Federal do Paraná, Curso de Fisioterapia e Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. E-mail: arlete.motter@ufpr.br

Audrin Said Wojciechowski: Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Fisiologia do Exercício (UNINTER). Mestre e Doutora em Educação Física pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFPR. Docente do

Curso de Fisioterapia da Universidade Positivo. E-mail: asaidvoj@gmail.com

Bruna Cavon Luna: Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (2019). Atualmente é fisioterapeuta da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba e mestranda em Medicina Interna e Ciências da Saúde pela UFPR. E-mail: brunacavon@gmail.com

Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões: Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialização em Fisioterapia em Terapia Intensiva pela Faculdade Inspirar. Fisioterapeuta do setor de Promoção e Prevenção em Saúde e responsável técnica na Unimed Curitiba. E-mail: brunafabianasi-moes@gmail.com

Daniel Canavese de Oliveira: Graduado em Odontologia, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências da Saúde, Professor Associado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no Programa de Residência Integrada Multiprofissional, no Programa de Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (Fiocruz). E-mail: daniel.canavese@gmail

Daniel Dall'Igna Ecker: Graduado em Psicologia (PUCRS), mestre e doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicólogo (CRP-12/18496) na Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina (SED SC). E-mail: daniel.ecker@hotmail.com

Denise Siqueira de Carvalho: Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1981), mestrado em Epidemiologia pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (1991) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2002). Atualmente é professora titular livre do Depto

de Saúde Comunitária e professora permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR e professora colaboradora do Centro Internacional de Saúde da Ludwig Maximilians Universität - Munique/Alemanha. E-mail: denisecarvalho@ufpr@gmail.com

Derivan Brito da Silva: Graduado em Terapia Ocupacional pela Universidade Tuiuti do Paraná, especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental pela Universidade Tuiuti do Paraná, mestrado em Educação Física pela UFPR, doutorado em Sociologia pela UFPR. Professor adjunto do Departamento de Terapia Ocupacional UFPR e presidente da Associação Brasileira de Terapia Ocupacional (ABRATO). E-mail: derivan_to@hotmail.com

Eliana Remor Teixeira: Médica graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1989. Mestre em Engenharia Mecânica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 2004. Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2012. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Atua nas áreas de Saúde do Trabalhador e Ergonomia. E-mail: elianart2002@yahoo.com.br

Érika Luiza da Silva Feller: Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP) em 2009. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2018. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 2020. E-mail: erikafeller@gmail.com

Ewerton Granja de Araújo Rocha: Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da

Universidade Federal do Paraná (UFPR). Pós-Graduando em Saúde da Família pela Universidade de Brasília. Enfermeiro na Prefeitura Municipal de Curitiba, Paraná. E-mail: ewertongranja@gmail.com

Fernanda Gaideski: Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (2017). Fisioterapeuta residente no Programa de Atenção hospitalar à Saúde do Adulto e do Idoso pelo Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Tem experiência na área de Fisioterapia. E-mail: fgaideski@gmail.com

Giovana Daniela Pecharki: Cirurgiã-dentista graduada pela UFPR (2000). Mestre em Odontologia pela UNICAMP (2003). Doutora em Ciências da Saúde pela PUCPR (2009). Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva UFPR, Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da UFPR, Docente Permanente do PPGSC/UFPR e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFPR. E-mail: g_pecharki@ufpr.br

Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque: Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1982), Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Paraná (2001), Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Paraná (2009). Pós-doutorado em Filosofia pela Universidade de Lisboa. Professor aposentado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. E-mail: guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com

Helena Holtz Spina: Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (2017). E-mail: hhs pina13@gmail.com

Jacqueline Aparecida Vieira: Enfermeira graduada pela UFPR, Mestre em Saúde Coletiva pela UFPR, Especialista em Saúde

Coletiva pela Universidade Positivo, Especialista em Gestão Hospitalar e de Serviços de Saúde pela PUCPR, Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês. Enfermeira na Prefeitura Municipal de Curitiba. E-mail: jacqueap@hotmail.com.

Jordana Barbosa da Silva: Fisioterapeuta pela UFPR- 2017. Mestre (2020) e Doutora em Fisioterapia (2023) pela UFSCAR. É especializada em Fisioterapia em Saúde da Mulher desde 2021 pela UFSCAR. Atualmente é docente associada da UFPR. Membro do Laboratório de Pesquisa em Saúde da Mulher (LAMU) e S-TEAMlab (STrengthening Evidence-based Physiotherapy And Musculoskeletal care). E-mail: jordanabarbosa@ufpr.br

Karin Regina Luhm: Médica graduada pela Universidade Federal do Paraná, Mestra e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Atua na área de Epidemiologia. E-mail: kaluhm@gmail.com

Kátia Renata Antunes Kochla: Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Doutorado em Enfermagem na UFPR. Atualmente é coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Positivo e enfermeira da Prefeitura Municipal de Araucária. Membro do GEMSA (Grupo de Estudos Multiprofissionais em Saúde do Adulto - UFPR) e do Grupo de Pesquisa em Enfermagem da Universidade Positivo. E-mail: katiaantunes.kochla@gmail.com

Lidiane Ferreira Schultz: Enfermeira. Doutora em Saúde e Meio Ambiente. Professora Adjunta 1C da Faculdade IELUSC. Professora no Curso de graduação em Enfermagem da Faculdade IELUSC. E-mail: lidiane.schultz@amsic.com.br

Lígia Lopes Ribeiro: Graduada em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Paraná. Enfermeira Sanitarista da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Curitiba/PR. Brasil. E-mail: ligia.ribeiroead@gmail.com

Luiza Maria Plentz: Graduada em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Doutoranda em Sociologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: plentzluiza@gmail.com

Madeline Pivovarsky: Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Massoterapeuta pelo Instituto Federal do Paraná. Especialização em Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Mestre em Atividade Física e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFPR. Fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Guaratuba. E-mail: madeline8497@gmail.com

Magda Clara Vieira da Costa Ribeiro: Bióloga com mestrado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Paraná (2001), Doutorado pela Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Pasteur, Paris (2007), Pós-Doutorado em Parasitologia Molecular na Universidade Federal do Paraná (2008-2010), e na Universidade de Reims/França (2024). Atualmente é Professora Associada do Departamento de Patologia Básica da Universidade Federal do Paraná. Atua nos Programas de Pós-graduação em Microbiologia, Parasitologia e Patologia, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR e no PROFBIO. E-mail: magdaribeiro@ufpr.br

Mara Carmen Ribeiro Franzoloso: Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Univers. Católica do Paraná. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná. Chefe da Divisão de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Sec. de Estado da Saúde do Paraná. E-mail: marafanzoloso@yahoo.com.br

Marcia Maehler Matteussi: Cirurgiã-dentista graduada pela UFPR (2006). Mestre em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UFPR (2017). Servidora municipal lotada na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, atua voluntariamente em pesquisas relacionadas à Saúde Coletiva em especial na temática de Saúde do Trabalhador. E-mail: mamaehler@yahoo.com.br

Marcos Claudio Signorelli: Graduado em Fisioterapia (FURB), Mestre em Fisiologia Humana (UFPR) e Doutor em Saúde Coletiva (UNIFESP), Pós-doutorado em Saúde Pública (La Trobe University, Australia), Professor Associado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. E-mail: signore@ufpr.br

Marcos Vinicius Soares Martins: Profissional de Educação Física graduado pela Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro), Mestre pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) Programa de Pós-Graduação em Educação Física (PPGEDF). Professor no curso de Bacharelado em Educação Física do Centro Universitário Uniguairacá. E-mail: marc_edfisica@yahoo.com.br

Marcus Vinicius Di Crovador Cabral: Fisioterapeuta pela UFPR. Especialização em Saúde do Adulto e Idoso pelo Complexo do Hospital de Clínicas do Paraná- UFPR. Mestrando em Atividade Física e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UTFPR. Pós-Graduado em Fisioterapia em Terapia Intensiva e em Saúde Pública com Ênfase Saúde da Família pela Faculdade União das Américas. Fisioterapeuta do Hospital São Marcelino Champagnat. E-mail: cabral.marcus18@gmail.com

Marilene da Cruz Magalhães Buffon: Graduada em Odontologia pela UFMS. Mestrado e Doutorado em Ciências pela UFPR. Professora Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Atua também como coordenadora do Programa

de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPR e Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. Curitiba/PR, Brasil. E-mail: marilenebuffon@ufpr.br

Mauren Letícia Ziak: Médica formada pela Universidade Federal do Paraná, com mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. E-mail: maureenziak@gmail.com

Milene Zanoni da Silva: Graduada em Farmácia pela UEPG, especialização, mestrado e doutorado em Saúde Coletiva pela UEL (2012). Professora adjunta do Departamento de Saúde Pública da UEPG e presidente da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM). E-mail: mzsilva@uepg.br

Renata Bellenzani: Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (2002), Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho pela Universidade de São Paulo (2008) e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (2014). Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. E-mail: renatabellenzani@hotmail.com

Renata Fontoura Fiore: Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2000), Especialização em Fisioterapia Traumato-Ortopédica (2003); Especialização em Saúde Coletiva (2011) e Especialização em Saúde do Idoso e Gerontologia (2016); Formação em Fisioterapia Integrativa (2021) e Microfisioterapia (2021). Fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Campo Largo/PR, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. E-mail: renatafiore29@gmail.com

Rogério Miranda Gomes: Médico, doutor e pesquisador em Saúde Coletiva, docente associado da Universidade Federal do Paraná e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. E-mail:

rogeriomigomes@gmail.com

Solena Ziemer Kusma Fidalski: Cirurgiã-Dentista graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) em 2002. Mestre em Epidemiologia e Saúde Coletiva pela University College London (UCL), Inglaterra em 2004. Doutora em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva, pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) em 2011. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: solena.kusma@gmail.com

Suéllyn Mattos de Aragão: Doutora em Direito pela Universidade Federal do Paraná - UFPR. Mestre em Saúde Coletiva pela UFPR. Especialista em Medicina do Trabalho pela UFPR, com título conferido pela AMB/ANAMT. Médica pela Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI. Pesquisadora associada da Clínica de Direitos Humanos Biotecjus UFPR e do grupo de pesquisa Política, Avaliação e Gestão em Saúde da UFPR. Médica do MPPR e médica assistente técnica em Direito Médico. E-mail: smdaragao@mppr.mp.br

Talita Gianello Gnoato Zotz: Fisioterapeuta e Mestre em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Doutora em Educação Física pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Docente do Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva UFPR. E-mail: talita.zotz@ufpr.br

Tatiana Crovador Siefert: Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal do Paraná (2010), especialização em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário Internacional (2019), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (2021). Terapeuta ocupacional da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR). Discente egressa do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR. E-mail: tatiana.siefert@gmail.com

Thais do Amaral Tomasoni: Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (2017) e Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Programa: Saúde da Criança e do Adolescente (2018-2020). Há três anos trabalhando em UTI pediátrica. E-mail: tah.tomasoni@gmail.com

Tissiane Paula Zem Igeski: Graduada em Fisioterapia pela PUC -PR, com especialização em Fisioterapia Ortopédica, Traumatológica e Desportiva pela Faculdade Evangélica do Paraná e egressa do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva pela UFPR. Terapeuta Comunitária Integrativa. Atua como fisioterapeuta na Prefeitura Municipal de Piraquara/PR. E-mail: tissizem@gmail.com

Vanessa Peres de Souza: Possui graduação em Biomedicina pela Universidade Federal do Paraná (2018), mestrado em Pesquisa em Saúde Reprodutiva e Sexual pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (2016). Possui experiência em pesquisa e análises clínicas, e atualmente dedica-se ao desenvolvimento de testes diagnósticos point-of-care. E-mail: peress.vanessa@gmail.com

SUMÁRIO

Apresentação 28

SEÇÃO I – DESAFIOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL, DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES

1. Adequação da prescrição do tratamento da sífilis em gestantes de municípios do Paraná, Brasil: estudo transversal seriado, 2014 a 2016 e 2017 a 2018.

Magda Clara Vieira da Costa Ribeiro, Mara Carmen Ribeiro
Franzolosso, Karin Regina Luhm 48

2. Avaliação do efeito dos novos critérios para notificação de sífilis congênita no Brasil.

Ana Carolina Klein, Denise Siqueira de Carvalho, Vanessa Peres de Souza 70

3. Consumo de álcool na gestação e suas implicações no atraso de desenvolvimento da criança.

Lígia Lopes Ribeiro, Denise Siqueira de Carvalho, Marilene da Cruz Magalhães Buffon 91

4. Esquema incompleto da vacina influenza em menores de dois anos e motivos para abandono.

Ewerton Granja de Araújo Rocha, Lidiane Ferreira Schultz, Karin Regina Luhm 111

5. Prevenção de doenças cardiovasculares em adolescentes escolares.

Jordana Barbosa da Silva, Bruna Cavon Luna, Fernanda Gaideski, Helena Holtz Spina, Thais do Amaral Tomasoni, Ana Carolina Brandt de Macedo, Ariani Cavazzani Szkudlarek 132

SEÇÃO II - ACIDENTES, TRAUMAS E VIOLÊNCIAS: AS MORBIMORTALIDADES POR CAUSAS EXTERNAS

6. Desafios na investigação de acidentes de trabalho graves no sistema único de saúde.

Marcia Maehler Matteussi, Giovana Daniela Pecharki, Renata Fontoura Fiore, Arlete Ana Motter, Talita Gianello Gnoato Zotz, Eliana Remor Teixeira.....144

7. Traumatismos em mãos decorrentes de acidentes de trabalho graves típicos em uma capital do sul do Brasil: um estudo transversal.

Jacqueline Aparecida Vieira, Karin Regina Luhm, Giovana Daniela Pecharki, Eliana Remor Teixeira.....168

8. A determinação estrutural da exclusão do mercado formal de trabalho das pessoas com lesão medular.

Tatiana Crovador Siefert, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, Renata Bellenzani194

9. Musculoskeletal function and injuries of triathletes.

Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões, Ana Carolina Brandt de Macedo, Madeline Luiza Ferreira Pivovarsky, Marcus Vinícius Di Crovador Cabral, Audrin Said Wojciechowski, Marcos Vinicius Soares Martins, Anna Raquel Silveira Gomes218

10. Os tempos e as intersecções entre a vigilância das violências e a política de saúde LGBTQIAPN+ no Brasil.

Luiza Maria Plentz, Daniel Canavese de Oliveira, Amanda de Cassia Azevedo da Silva, Marcos Claudio Signorelli244

SEÇÃO III – EM BUSCA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

11. A implantação das práticas integrativas e complementares em um município do sul do Brasil: formação, assistência e gestão pelo olhar de terapeutas ocupacionais.

Tissiane Paula Zem Igeski, Milene Zanoni da Silva, Derivan Brito da Silva, Daniel Canavese de Oliveira 272

12. Avaliação de unidades de pronto atendimento sob a ótica do usuário: um estudo metodológico.

André Luis Cândido da Silva, Amanda de Cassia Azevedo da Silva, Suélllyn Mattos de Aragão, Kátia Renata Antunes Kochla, Solena Ziemer Kusma Fidalski 300

13. A humanização dos serviços de saúde: uma análise crítica da produção científica na saúde coletiva brasileira.

Mauren Letícia Ziak, Rogério Miranda Gomes, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, Renata Bellenzani 327

14. Vacinação como compromisso de saúde pública: percepção dos acadêmicos de odontologia.

Érika Luiza da Silva Feller, Giovana Daniela Pecharki, Eliana Remor Teixeira, Solena Ziemer Kusma Fidalski 353

15. Diagnósticos de transtornos mentais na atenção básica e seus efeitos psicossociais.

Daniel Dall'Igna Ecker 375

Índice remissivo 399

CONTENT

Preface	28
---------------	----

SECTION I - CHALLENGES IN MATERNAL, CHILD, AND ADOLESCENT HEALTH

1. Adequacy of prescribing syphilis treatment in pregnant women from municipalities in Paraná, Brazil: a serial cross-sectional study, 2014 to 2016 and 2017 to 2018.

Magda Clara Vieira da Costa Ribeiro, Mara Carmen Ribeiro Franzoloso, Karin Regina Luhm 48

2. Evaluation of the effect of the new criteria for congenital syphilis notification in Brazil.

Ana Carolina Klein, Denise Siqueira de Carvalho, Vanessa Peres de Souza 70

3. Alcohol consumption during pregnancy and its implications for child development delay.

Lígia Lopes Ribeiro, Denise Siqueira de Carvalho, Marilene da Cruz Magalhães Buffon..... 91

4. Incomplete influenza vaccination schedule in children under two years and reasons for abandonment.

Ewerton Granja de Araújo Rocha, Lidiane Ferreira Schultz, Karin Regina Luhm 111

5. Prevention of cardiovascular diseases in school adolescents.

Jordana Barbosa da Silva, Bruna Cavon Luna, Fernanda Gaideski, Helena Holtz Spina, Thais do Amaral Tomasoni, Ana Carolina Brandt de Macedo, Ariani Cavazzani Szkudlarek 132

SECTION II - ACCIDENTS, TRAUMAS, AND VIOLENCE: EXTERNAL CAUSE MORBIDITIES AND MORTALITIES

6. Challenges in the investigation of serious workplace accidents in the unified health system.

Marcia Maehler Matteussi, Giovana Daniela Pecharki, Renata Fontoura Fiore, Arlete Ana Motter, Talita Gianello Gnoato Zotz, Eliana Remor Teixeira.....144

7. Hands traumas resulting from typical severe workplace accidents in a southern brazil capital: a cross-sectional study.

Jacqueline Aparecida Vieira, Karin Regina Luhm, Giovana Daniela Pecharki, Eliana Remor Teixeira.....168

8. The structural determination of the exclusion of people with spinal cord injuries from the formal labor market.

Tatiana Crovador Siefert, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque194

9. Musculoskeletal function and injuries of triathletes.

Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões, Ana Carolina Brandt de Macedo, Madeline Luiza Ferreira Pivovarsky, Marcus Vinícius Di Crovador Cabral, Audrin Said Wojciechowski, Marcos Vinicius Soares Martins, Anna Raquel Silveira Gomes218

10. The times and intersections between violence surveillance and LGBTQIAPN+ health policy in brazil.

Luiza Maria Plentz, Daniel Canavese de Oliveira, Amanda de Cassia Azevedo da Silva, Marcos Claudio Signorelli244

SEÇÃO III – EM BUSCA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

11. The inclusion of integrative and complementary practices in the context of primary healthcare from the perspective of occupational therapists.

Tissiane Paula Zem Igeski, Milene Zanoni da Silva, Derivan Brito da Silva, Daniel Canavese de Oliveira 172

12. Evaluation of emergency care units from the user's perspective: a methodological study.

andré Luis Cândido da Silva, Amanda de Cassia Azevedo da Silva, Suéllyn Mattos de Aragão, Kátia Renata Antunes Kochla, Solena Ziemer Kusma Fidalski 300

13. Humanization of health services: a critical analysis of scientific production in brazilian public health.

Mauren Letícia Ziak, Rogério Miranda Gomes, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, Renata Bellenzani 327

14. Vaccination as a commitment to public health: perception of dental students.

Érika Luiza da Silva Feller, Giovana Daniela Pecharki, Eliana Remor Teixeira, Solena Ziemer Kusma Fidalski 353

15. Diagnosis of mental disorders in primary care and their psychosocial effects.

Daniel Dall'Igna Ecker 375

Table of contents 399

Apresentação

Com muita alegria, apresentamos a vocês, leitores e leitoras, esta coletânea de livros eletrônicos (e-books) com capítulos inéditos de Saúde Coletiva. São “**diálogos e caminhos**” percorridos com grande inserção regional, sendo a maioria de capítulos focados em questões de Saúde Coletiva próprias da Região Sul do Brasil, especialmente dos Estados do Paraná e Santa Catarina. Isso reforça o compromisso social da Universidade Federal do Paraná (UFPR), que produz conhecimento atrelado aos problemas locais, objetivando impactar e superar os desafios na realidade onde está inserida, de acordo com seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI).

A obra foi organizada por um grupo de docentes permanentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR): Doroteia Aparecida Höfelmann, Karin Regina Luhm, Marcos Claudio Signorelli, Talita Gianello Gnoato Zotz e Yanna Dantas Rattmann. A proposta surgiu da necessidade de compartilhar estudos e pesquisas do campo da Saúde Coletiva, desenvolvidas tanto pelo corpo de pesquisadores(as) do PPGSC da UFPR, quanto também por parcerias de outros grupos de pesquisas da UFPR e de outras instituições, com interface na área de Saúde Coletiva. Também congregamos nesta obra, profissionais atuantes nos serviços da rede intersetorial, incluindo profissionais e gestores(as) da saúde (Sistema Único de Saúde - SUS), da assistência social (Sistema Único de Assistência Social - SUAS) e da educação.

Portanto, esta obra é uma iniciativa que congrega esforços de diferentes atores (academia, gestão, serviços) em torno de uma produção coletiva sobre questões contemporâneas da Saúde Coletiva. Neste volume são abordados diálogos com temas como doenças infecciosas, vacinação, saúde mental, práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), humanização em saúde e avaliação em saúde; até aspectos de saúde de populações específicas, como crianças, adolescentes, atletas, gestantes, trabalhadores(as), população LGBTQIAPN+ e pessoas com deficiência.

A obra estabelece “**diálogos e caminhos**” no campo da Saúde Coletiva, em um momento histórico atravessado por uma pandemia de emergência sanitária global. Embora o foco dos capítulos não seja em aspectos específicos da COVID-19, o cenário que vivemos no Brasil durante a pandemia, conclama atenção para a importância de um sistema público de saúde robusto, universal e eficiente. Saímos da pandemia com muitos aprendizados, dentre os quais a certeza de que necessitamos de um Sistema Único de Saúde (SUS) forte, e a necessidade de um governo que não negue a ciência, muito pelo contrário, que invista na ciência e em ações de saúde coletiva. E este livro é uma singela contribuição de nosso grupo de cientistas, estudantes e trabalhadores(as) do SUS, que defendem a saúde coletiva por meio da produção de pesquisas qualificadas para melhoria do SUS.

O processo de seleção dos capítulos se deu a partir da publicação de um edital¹ aberto a todas as pessoas interessadas na submissão de manuscritos originais de pesquisas em Saúde Coletiva em português, inglês ou espanhol. O edital continha os critérios e normas de publicação, foi publicizado na página do PPGSC e divulgado por e-mail às redes do programa com atuação no campo da Saúde Coletiva. Foram submetidos 29 capítulos, inicialmente avaliados pela equipe organizadora quanto ao teor, conteúdo, qualidade da escrita e aderência ao campo da Saúde Coletiva. Os capítulos foram encaminhados anonimizados para análise por revisores(as) externos, sendo docentes e pesquisadores(as) especialistas nos assuntos de cada capítulo. A maioria dos capítulos recebeu parecer favorável à publicação, mas necessidade de ajustes obrigatórios, objetivando a qualificação dos trabalhos. Os/As autores(as) foram então notificados(as) do parecer, procedendo suas revisões e submetendo novamente à comissão organizadora, que conduziu à revisão final. Por fim, os capítulos foram encaminhados à revisão pelo Conselho Editorial da Editora Nova Práxis, revisão ortográfica e de normas pela equipe técnica editorial, para posterior diagramação e registro de ISBN e DOI.

¹ <https://www.pppg.ufpr.br/site/ppgsaudecoletiva/wp-content/uploads/sites/60/2023/06/chamada-ebook-ppgsc-ufpr-2023.pdf>

Neste volume estão quinze capítulos, dos quais um é integralmente em língua inglesa e os demais em língua portuguesa, organizados nas seguintes seções: **I – DESAFIOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL, DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES; II - ACIDENTES, TRAUMAS E VIOLÊNCIAS: AS MORBIMORTALIDADES POR CAUSAS EXTERNAS;** e **III - EM BUSCA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

Abrindo a primeira seção, está o capítulo **ADEQUAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS EM GESTANTES DE MUNICÍPIOS DO PARANÁ, BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL SERIADO, 2014 A 2016 E 2017 A 2018**, que objetivou avaliar o tratamento da sífilis em gestantes, por meio de um estudo transversal seriado com dados secundários e formação de dois cortes: 2014 a 2016 e 2017 a 2018. Como principais achados, destacou-se a participação de 6.444 gestantes de 45 municípios do Estado do Paraná, constatando-se redução no tratamento inadequado entre os períodos, para gestante e parceiro (54,7% para 41,4%) e gestante (33,6% para 22,4%). Observou-se menores prevalências de inadequação do tratamento em municípios com melhor atenção primária e que aderiram a estratégias para redução da sífilis congênita e maiores prevalências no diagnóstico de sífilis primária e no 3º trimestre da gestação. Os(As) autores(as) concluem que houve redução no tratamento inadequado com diferenças conforme características clínicas e dos municípios.

Ainda na temática da sífilis, o trabalho **AVALIAÇÃO DO EFEITO DOS NOVOS CRITÉRIOS PARA NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL** avaliou o efeito da mudança de critérios de definição de caso para sífilis congênita adotada pelo Brasil em 2017, em relação ao número de notificações e confirmação de casos comparados aos critérios anteriores. Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, de bebês expostos à sífilis gestacional em um município do sul do país. O estudo identificou 243 crianças expostas à sífilis, das quais 86 haviam sido notificadas. Outras 63 crianças foram subnotificadas. Com a mudança de critérios, 17 crianças não seriam notificadas. As autoras concluem que

a subnotificação impede que se conheça a magnitude da doença e a alteração nos critérios requer melhorias na vigilância, pré-natal e seguimento da criança.

No capítulo **CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NO ATRASO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA** as autoras apresentam um estudo transversal que mediu a prevalência, caracterizou o consumo de álcool entre gestantes de um município da região metropolitana de Curitiba, PR, avaliou possíveis fatores associados e resultados nos seus conceitos. Foram utilizados como instrumento de rastreamento: Formulário estruturado pelo pesquisador, Questionário Tolerance, Annoyed, Cutdown e Eye-open (T-ACE) e Teste de pré-triagem para a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). A amostra foi constituída de 178 participantes com idades entre 15 e 47 anos. A prevalência do uso de álcool foi de 44,4% e 7,8% das gestantes mantiveram o mesmo padrão de consumo até o final da gestação. Foi identificado atraso no DNPM em 28,1% das crianças; com associação com a ingestão de álcool pela mãe ($p=0,05$). As autoras concluem que o rastreamento da ingestão do álcool durante a gestação pode ser uma importante ferramenta para intervenção de promoção em saúde relacionada à prevenção das desordens alcoólicas.

Também com foco em crianças, o capítulo seguinte recebeu o título de **ESQUEMA INCOMPLETO DA VACINA INFLUENZA EM MENORES DOIS ANOS E MOTIVOS PARA ABANDONO**. Nele foi analisada a vacinação para influenza em crianças e motivos para abandono da vacinação. Foi conduzido por meio de um estudo transversal, com crianças de 6 a 23 meses, primovacinas em 2016, em Joinville (SC), sem registro de segunda dose nas unidades de saúde. Como principais achados observou-se que a vacinação estava completa para 82 (68,9%) das 119 crianças; 29,3%, completaram após o prazo de informação ao governo federal. Estavam faltosas 37 crianças (31,1%) e para 43,8% (16/37) não havia agendamento do retorno na caderneta. Foram motivos de abandono: não saber da indicação da vacina, desatenção e evento adverso. Os/As autores/as concluem que existem muitos sub-registros e incompletudes, indicando necessidade de implementação de ações nas unidades de saúde.

Já com relação ao público adolescente, no estudo **PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADOLESCENTES ESCOLARES**, as autoras propuseram uma estratégia interativa visando a prevenir o aparecimento dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) em escolares. Foram realizados 7 encontros, com 9 estudantes, abordando o sistema cardiovascular e suas doenças, alimentação saudável e exercícios físicos. Os estudantes realizaram testes teóricos e responderam um questionário de satisfação do projeto. A primeira prova obteve 57% de acertos e a segunda 100%. A maioria dos estudantes classificou as atividades interativas como excelentes e relatou que o projeto incentivou a prática de exercícios físicos, o consumo de alimentos saudáveis e maior conhecimento sobre os fatores de risco da DCV.

Abrindo a segunda seção, sobre causas externas (acidentes, traumas e violências), está o capítulo **DESAFIOS NA INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. O objetivo desta pesquisa foi compreender o processo das investigações obrigatórias de acidentes de trabalho graves realizado pelas equipes de vigilância à saúde do trabalhador no SUS. Mediante estudo qualitativo foram obtidas sete categorias de análise. As dificuldades de articulação intra e inter-setorial, sobrecarga de trabalho e ausência de um fluxo formal de informações, demonstraram impactar negativamente nas atividades dos participantes. Apesar dos desafios, fatores como alta escolaridade dos técnicos e contribuição dos trabalhadores acidentados facilitaram a execução das atividades dos profissionais. O presente estudo evidenciou as potencialidades e os desafios no processo de investigação de acidentes de trabalho graves no SUS municipal.

Também na temática da saúde do trabalhador e da trabalhadora, e com objetivo de conhecer o perfil dos acidentes de trabalho graves típicos envolvendo as mãos ocorridos em uma capital do Sul do Brasil, apresentamos **TRAUMATISMOS EM MÃOS DECORRENTES DE ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES TÍPICOS EM UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO TRANSVERSAL**. O estudo baseou-se em uma análise de dados coletados a partir das notificações do Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde. A partir da tabulação dos dados, as autoras observaram que houve predomínio de notificações de homens (83,0%), brancos (85,9%), entre 18 e 29 anos (38,1%), com média escolaridade (60,4%), com registro em carteira (82,7%), com até um ano na ocupação (52,9%) e pedreiros (5,7%). As amputações ocasionaram 57,9% das incapacidades parciais e 55,6% das incapacidades totais permanentes. Por fim, as autoras concluem que é imprescindível o desenvolvimento de ações preventivas e de controle mais eficazes para esse tipo de acidente.

No capítulo seguinte, intitulado **A DETERMINAÇÃO ESTRUTURAL DA EXCLUSÃO DO MERCADO FORMAL DE TRABALHO DAS PESSOAS COM LESÃO MEDULAR** os/as autores/as abordam a lesão medular, que é o acometimento da medula espinhal que acarreta perda da função motora e sensitiva, sendo uma importante condição crônica da atualidade que determina um novo modo de viver. Os/As autores refletiram sobre a relação entre lesão medular e trabalho, postulando que o trabalho, atividade exclusivamente humana, é forma de realização das possibilidades e da subsistência, daí a importância de discutir a questão do retorno ao trabalho após a lesão medular. O estudo que originou este manuscrito utilizou o referencial teórico do materialismo histórico dialético para tal análise. Concluiu-se que a exclusão do mercado de trabalho formal é determinada socialmente, em um sistema baseado na máxima exploração da força de trabalho.

Já o capítulo denominado **MUSCULOSKELETAL FUNCTION AND INJURIES OF TRIATHLETES (FUNÇÃO MUSCULOESQUELÉTICA E LESÕES DE TRIATLETAS)** avaliou a função musculoesquelética e correlacionou com lesões, por meio de um estudo transversal com 31 homens triatletas, com idade média de $38,38 \pm 10,67$ anos e Índice de Massa Corporal (IMC) de $25,10 \pm 3,23 \text{ kg/m}^2$. Foram avaliadas lesões musculoesqueléticas, amplitude de movimento, força de preensão manual, entre outros fatores. Surpreendentemente, a prevalência de lesões foi de 84% (n=26), sendo a maior parte lesões musculares e nos membros inferiores, durante treinamento ou corrida em competições. Os testes

realizados no estudo (“*Trunk Stability Push-up*” e “*Rotary Stability*”) apresentaram associação com lesões nos membros inferiores ($r=0,479$, $p=0,006$; $r=0,405$, $p=0,024$, respectivamente). Como conclusões, os(as) autores(as) apontam que triatletas apresentaram alta prevalência de lesões musculares em membros inferiores, durante corrida, que se correlacionaram com movimentos de estabilidade e rotação de tronco.

Para fechar a segunda seção, o estudo **OS TEMPOS E AS INTERSECÇÕES ENTRE A VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS E A POLÍTICA DE SAÚDE LGBTQIAPN+ NO BRASIL** destacou o desenvolvimento das políticas relacionadas à equidade em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, intersexos, assexuais, pansexuais, não-binários e outras minorias sexuais e de gênero (LGBTQIAPN+) no Brasil, ao longo das últimas três décadas. O manuscrito incluiu um panorama cronológico, uma linha do tempo com detalhes sobre as políticas de saúde LGBTQIAPN+, políticas de enfrentamento de violências e seus desafios. A intersecção entre políticas de vigilância da violência e do cuidado das pessoas LGBTQIAPN+ foi enfatizada, apontando para a necessidade de recursos, integração com os serviços públicos e transformação educacional. A pesquisa e implementação contínuas foram consideradas essenciais pelos/as autores/as, para gerar indicadores abrangentes e estratégias efetivas, solidificando o direito à saúde independente de orientação sexual e de identidade de gênero.

A terceira seção, com ênfase na busca pela atenção integral à saúde no SUS, abre com o texto **A INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**. Considerando que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são ferramentas de cuidado em saúde e que a Terapia Ocupacional possui o maior número de PICS regulamentadas, o estudo teve por objetivo compreender as relações entre a formação profissional, assistência e gestão das PICS na atenção primária à saúde (APS), pela percepção de terapeutas ocupacionais e coordenadora da atenção à saúde. A pesquisa é qualitativa, exploratória e descritiva, realizada por pesquisa

bibliográfica, documental e de campo num município da Região Metropolitana de Curitiba. Optou-se pela Proposta Operativa de Minayo para análise dos dados. Como resultados são apresentadas a discussão das categorias formação em PICS, PICS na APS e quanto à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e os desafios para formação, assistência e gestão em PICS.

No capítulo **AVALIAÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO SOB A ÓTICA DO USUÁRIO: UM ESTUDO METODOLÓGICO** os/as autores/as apresentaram o processo de elaboração e validação de um instrumento de avaliação de estrutura, processo e qualidade de atendimento de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), com ênfase nas percepções do usuário. Para tanto, determinaram a validação de conteúdo e as propriedades psicométricas. Esta última etapa envolveu a participação de 244 usuários de UPAs de municípios da região metropolitana de Curitiba, Paraná. Identificaram que o instrumento proposto não pode ser considerado uma “escala de avaliação”, mas sim um instrumento que avalia por meio de perguntas independentes a qualidade de atendimento e de infraestrutura, permitindo estabelecer novos horizontes voltados para a melhoria da assistência à saúde da população.

Por outro, no trabalho seguinte, cujo título é **A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA**, os/as autores/as objetivaram identificar e analisar as concepções de humanização predominantes na saúde coletiva brasileira, por meio de uma revisão crítica da literatura. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultaram 86 artigos selecionados, dos quais se observou que mais da metade não apresentou o conceito de humanização. Três eixos categóricos de conceitos e práticas de humanização foram elaborados: relacional, organizacional e ético, os quais associam a humanização à mudança de atitudes, sobretudo dos trabalhadores da saúde, e às transformações na gestão local. Os/As autores/as discutiram os resultados e, por fim, concluíram como aspectos fundamentais para melhoria da atenção, a questão do financiamento do sistema e a melhoria das condições de trabalho, que muitas vezes são secundarizados na literatura.

O objetivo do trabalho seguinte foi identificar a percepção dos acadêmicos de odontologia sobre a vacinação dos profissionais de saúde como um compromisso de Saúde Pública, intitulado **VACINAÇÃO COMO COMPROMISSO DE SAÚDE PÚBLICA: PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA**. Para isso, os/as autores/as conduziram uma pesquisa observacional transversal, com aplicação de questionário a 161 alunos do curso de Odontologia, do último ano, de duas universidades em um município no sul do Brasil. O questionário foi composto por 23 perguntas relacionadas à caracterização dos participantes, bem como identificação do conhecimento das vacinas pertinentes aos profissionais de saúde. Identificou-se que os participantes estão aquém no que se refere à completude das vacinas, sobretudo a vacina de hepatite. Ainda que as respostas tenham apontado compromisso, os dados demonstram que é necessário um treinamento contínuo para profissionais da saúde a respeito do conhecimento das vacinas.

Encerrando este volume, está o capítulo **DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA E SEUS EFEITOS PSICOSSOCIAIS**, que reflete sobre os efeitos psicossociais dos diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica (AB). O estudo é de abordagem qualitativa, com dados de Diário de Campo sobre 1.119 casos clínicos atendidos em dois Centros de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, pela Psicologia do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Empregou-se a Análise de Núcleos de Sentido (ANS) para organização e análise dos dados. Através dos registros, foram propostos três núcleos de sentido analisadores: 1) *Eu sou, Eu tenho* – Diagnósticos como identidade ou característica pessoal; 2) *Fui agredido/a, Irei agredir* – Diagnósticos como validação de violências; 3) *Eu necessito, Você tem direito* – Diagnósticos como garantia de direitos.

Por fim, mas não menos importante, a equipe organizadora deste e-book gostaria de expressar sua gratidão ao Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), (código 001), que financiou esta publicação. Somos docentes de uma universidade pública e gratuita; lutamos por um SUS público,

universal, de qualidade para todos/as/es e também gratuito; e defendemos igualmente uma ciência forte e com financiamento público, que permita o avanço científico brasileiro. Portanto, é com muito orgulho que apresentamos este e-book, que pode ser baixado e acessado gratuitamente, por meio de uma ciência aberta e inclusiva. Desejamos uma excelente leitura!

Profª Drª Doroteia Höfelmann

Profª Drª Karin Regina Luhm

Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli

Profª Drª Talita Gianello Gnoato Zotz

Profª Drª Yanna Dantas Rattmann

Preface

With immense joy, we present to you, readers, this collection of electronic books (e-books) with unpublished chapters on Public Health, or “Collective Health” as we name this field in Brazil. These are “dialogues and pathways” conducted with significant regional involvement, with most chapters focused on Public Health issues concerned to the Southern Region of Brazil, especially the states of Paraná and Santa Catarina. This reinforces the social commitment of the Federal University of Paraná (UFPR), which produces knowledge focused on local problems, aiming to change, and overcome challenges in its scenario, aligned with its Institutional Development Plan (PDI).

The book was organized by a group of tenured professors from the Post-Graduation Program in Public Health (PPGSC) at the Federal University of Paraná (UFPR): Doroteia Aparecida Höfelmann, Karin Regina Luhm, Marcos Claudio Signorelli, Talita Gianello Gnoato Zotz, and Yanna Dantas Rattmann. The proposal came out from the need to share studies and research in the field of Public Health, conducted by both the researchers of the PPGSC at UFPR and partners from other research groups at UFPR and other institutions, which research the field of Public Health. In this collection, we also bring together professionals working in the intersectoral network services, including healthcare professionals and managers from the Brazilian Unified Health System – SUS -, social assistance professionals (working at the Brazilian Unified Social Assistance System - SUAS), and education professionals.

Therefore, this book is an initiative that brings together the efforts of different actors (academia, management, services) in the creation of a collective production on contemporary issues in Public Health. In this volume, we address dialogues on topics such as infectious diseases, vaccination, mental health, integrative and complementary health practices (PICS), humanization in health, and health evaluation. We also explore aspects of the health of specific populations, including children, adolescents, athletes, pregnant women, workers, the LGBTQIAPN+ population, and people with disabilities.

This book establishes “dialogues and pathways” in Public Health, in a historical moment marked by a global health emergency pandemic.

Although the focus of the chapters is not on specific aspects of COVID-19, the scenario we experienced in Brazil during the pandemic calls attention to the importance of a robust, universal, and efficient public health system. We have learned many lessons from the pandemic, including the need for a strong Unified Health System (SUS) and the necessity of a government that does not deny science, but rather invests in science and collective health actions. This book is a humble contribution from our group of scientists, students, and SUS workers who advocate for public health through high-quality research for SUS improvement.

The chapters selection process began with the publication of an open call for submissions of original research manuscripts in Public Health in Portuguese, English, or Spanish. The call contained the publication criteria and guidelines and was publicized on the PPGSC webpage and disseminated via e-mail to networks affiliated with the PPGSC. 29 chapters were submitted, first assessed by the organizing team for their content, quality of writing, and relevance to Public Health. The chapters were anonymized and sent for review by external reviewers, faculty members and expert researchers in each chapter's topics. Most chapters received favorable reviews for publication but required mandatory revisions to enhance the quality of the work. Authors were then notified of the feedback and proceeded with revisions, resubmitting their work to the organizing committee, which conducted the final review. Finally, the chapters were sent for review by the Editorial Board of Nova Práxis Publisher, underwent proofreading and formatting by the editorial technical team, and were later formatted with ISBN and DOI registration.

*In this volume, there are fifteen chapters, one of which is entirely in English, and the others are in Portuguese, organized into the following sections: **I - CHALLENGES IN MATERNAL, CHILD, AND ADOLESCENT HEALTH; II - ACCIDENTS, TRAUMAS, AND VIOLENCE: EXTERNAL CAUSE MORBIDITIES AND MORTALITIES; and III - STRIVING FOR COMPREHENSIVE HEALTHCARE IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM.***

Opening the first section is the Chapter named **ADAPTATION OF SYPHILIS TREATMENT PRESCRIPTION IN PREGNANT WOMEN FROM MUNICIPALITIES IN PARANÁ, BRAZIL: A SERIAL CROSS-SECTIONAL STUDY, 2014 TO 2016 AND 2017 TO 2018.**

This chapter aimed to evaluate the treatment of syphilis in pregnant women through a serial cross-sectional study using secondary data and consisting of two time periods: 2014 to 2016 and 2017 to 2018. The main findings were the participation of 6,444 pregnant women from 45 municipalities in the state of Paraná. The study observed a reduction in inadequate treatment between the two periods, both for pregnant women and their partners (from 54.7% to 41.4%) and for pregnant women alone (from 33.6% to 22.4%). The study also noted lower rates of treatment inadequacy in municipalities with better primary care and those that adopted strategies to reduce congenital syphilis, as well as higher rates in the diagnosis of primary syphilis and in the third trimester of pregnancy. The authors concluded that there was a reduction in inadequate treatment with differences based on clinical characteristics and municipality factors.

Continuing with the topic of syphilis, chapter **EVALUATION OF THE EFFECT OF THE NEW CRITERIA FOR CONGENITAL SYPHILIS NOTIFICATION IN BRAZIL** assessed the impact of Brazil's adoption of new case definition criteria for congenital syphilis in 2017 on the number of notifications and case confirmations compared to the previous criteria. This is an observational, cross-sectional, and descriptive study of babies exposed to gestational syphilis in a Southern Brazilian municipality. The study identified 243 children exposed to syphilis, of which 86 had been notified. Another 63 children were underreported. With the change in criteria, 17 children would not have been notified. The authors conclude that underreporting prevents an accurate assessment of the disease's magnitude, and the change in criteria requires improvements in surveillance, prenatal care, and child follow-up.

In chapter **ALCOHOL CONSUMPTION DURING PREGNANCY AND ITS IMPLICATIONS FOR CHILD DEVELOPMENT DELAY**, the authors aimed to measure the prevalence, and characterize alcohol consumption among pregnant women in a municipality in the metropolitan region of Curitiba, Paraná. As secondary aims, the stu-

dy aimed to identify possible associated factors and assess their consequences. Screening tools used included a researcher-structured form, the Tolerance, Annoyed, Cutdown, and Eye-opener (T-ACE) questionnaire, and a pre-screening test for neuropsychomotor development. The sample consisted of 178 participants aged 15 to 47 years. The prevalence of alcohol use was 44.4%, with 7.8% of pregnant women maintaining the same consumption pattern until the end of pregnancy. Delay in neuropsychomotor development was identified in 28.1% of children, with an association with maternal alcohol consumption ($p=0.05$). The authors conclude that screening for alcohol consumption during pregnancy can be a valuable tool for health promotion interventions related to alcohol-related disorders.

Also focusing on children, the following chapter, is titled **INCOMPLETE INFLUENZA VACCINATION SCHEDULE IN CHILDREN UNDER TWO YEARS AND REASONS FOR ABANDONMENT**. It analyzed influenza vaccination in children and the reasons for vaccine abandonment. The study was conducted through a cross-sectional study with children aged six to twenty-three months who were first vaccinated in 2016, in Joinville, State of Santa Catarina, without records of a second dose in healthcare units. Key findings included complete vaccination for 82 (68.9%) of the 119 children; 29.3% completed it after the federal government's information deadline. There were 37 children (31.1%) with incomplete vaccination, and 43.8% (16/37) had no return appointments scheduled in their vaccination records. Reasons for abandonment included not knowing about the vaccine's indication, inattention, and adverse events. The authors conclude that there are many underreporting and incompleteness, indicating the need for implementation of actions in healthcare units.

Regarding the adolescent population, in the study **PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN SCHOOL ADOLESCENTS**, the authors proposed an interactive strategy aimed at preventing the emergence of risk factors for cardiovascular diseases (CVD) in school students. Seven meetings were held with 9 students, covering the cardiovascular system and its diseases, healthy eating, and physical exercise. Students took theoretical tests and answered a project satisfaction questionnaire. The first test had a 57% correct answer rate, while

the second achieved 100%. Most students rated the interactive activities as excellent and reported that the project encouraged physical exercise, the consumption of healthy foods, and increased knowledge about CVD risk factors.

Opening the second section on external causes (accidents, traumas, and violence) is the chapter titled **CHALLENGES IN THE INVESTIGATION OF SERIOUS WORKPLACE ACCIDENTS IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM**. The aim of this research was to understand the process of mandatory investigations of serious workplace accidents carried out by worker health surveillance teams in the SUS. Through qualitative study, seven categories of analysis were identified. Intra and intersectoral coordination difficulties, workload overload, and the absence of a formal flow of information negatively impacted the participants' activities. Despite the challenges, factors such as the high education level of technicians and the contribution of injured workers facilitated the professionals' tasks. This study highlighted the potential and challenges in investigating serious workplace accidents in the municipal SUS.

Also, within the theme of workers' health, and with the goal of understanding the profile of typical severe hand injuries resulting from workplace accidents in a southern Brazilian capital, we present chapter **HANDS TRAUMAS RESULTING FROM TYPICAL SEVERE WORKPLACE ACCIDENTS IN A SOUTHERN BRAZIL CAPITAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY**. The study relied on an analysis of data collected from notifications in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) of the Ministry of Health. Following data tabulation, the authors observed a predominance of notifications from men (83.0%), white individuals (85.9%), aged 18 to 29 years old (38.1%), with secondary education/high school (60.4%), formal employment (82.7%), less than one year in the occupation (52.9%), and construction workers (5.7%). Amputations caused 57.9% of partial disabilities and 55.6% of permanent total disabilities. In conclusion, the authors emphasize the need for more effective preventive and control measures for this type of accident.

In the following chapter, titled **THE STRUCTURAL DETERMINATION OF THE EXCLUSION OF PEOPLE WITH SPINAL CORD**

INJURIES FROM THE FORMAL LABOR MARKET, the authors addressed spinal cord injury, which is the impairment of the spinal cord resulting in the loss of motor and sensory function. It is a significant chronic condition in contemporary society that requires a new way of living. The authors reflect on the relationship between spinal cord injury and employment, postulating that work, as a uniquely human activity, is a means of realizing possibilities and securing sustenance. Hence, it is important to discuss the issue of returning to work after a spinal cord injury. The study that led to this manuscript utilized the theoretical framework of dialectical historical materialism for analysis. They concluded that exclusion from the formal labor market is socially determined within a system based on the maximum exploitation of labor.

The chapter titled **MUSCULOSKELETAL FUNCTION AND INJURIES OF TRIATHLETES** evaluated musculoskeletal function and its correlation with injuries through a cross-sectional study involving 31 male triathletes with an average age of 38.38 ± 10.67 years and a Body Mass Index (BMI) of 25.10 ± 3.23 kg/m². Musculoskeletal injuries, range of motion, grip strength, among other factors, were assessed. Surprisingly, the prevalence of injuries was 84% (n=26), with most injuries affecting muscles and the lower limbs during training or competition running. Tests conducted in the study (“Trunk Stability Push-up” and “Rotary Stability”) showed an association with lower limb injuries ($r=0.479$, $p=0.006$; $r=0.405$, $p=0.024$, respectively). In conclusion, the authors point out that triathletes exhibit a high prevalence of musculoskeletal injuries in the lower limbs during running, which correlates with trunk stability and rotation movements.

To conclude the second section, the study **THE TIMES AND INTERSECTIONS BETWEEN VIOLENCE SURVEILLANCE AND LGBTQIAPN+ HEALTH POLICY IN BRAZIL** highlighted the development of policies related to health equity for lesbians, gays, bisexuals, travestis, transgenders, intersex, asexuals, pansexuals, non-binary, and other sexual and gender minorities (LGBTQIAPN+) in Brazil over the past three decades. The manuscript included a chronological overview, a timeline with details about LGBTQIAPN+ health policies, policies addressing violence, and their challenges. The intersection between violence surveillance policies and LGBTQIAPN+ healthcare policies was

emphasized, pointing to the need for resources, integration with public services, and educational transformation. The authors considered ongoing research and implementation essential to generate comprehensive indicators and effective strategies, solidifying the right to health regardless of sexual orientation and gender identity.

The third section, with an emphasis on the pursuit of comprehensive healthcare in the Unified Health System (SUS), begins with chapter titled **THE INCLUSION OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTHCARE FROM THE PERSPECTIVE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS**. Considering that Integrative and Complementary Health Practices (PICS) are tools for healthcare and that Occupational Therapy has the highest number of regulated PICS, the study aimed to understand the relationships between professional training, assistance, and management of PICS in primary healthcare (PHC), as perceived by occupational therapists and the healthcare coordinator. The research is qualitative, exploratory, and descriptive, conducted through bibliographic, documentary, and field research in a municipality in the Metropolitan Region of Curitiba. The Minayo Operative Proposal was chosen for data analysis. Results included discussions of categories such as training in PICS, PICS in PHC, and the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC), as well as challenges related to training, assistance, and management in PICS.

The following chapter titled **EVALUATION OF EMERGENCY CARE UNITS FROM THE USER'S PERSPECTIVE: A METHODOLOGICAL STUDY**, the authors presented the process of developing and validating an assessment tool for the structure, process, and quality of care in Emergency Care Units (UPA), with an emphasis on user perceptions. To do so, they determined content validation and psychometric properties. This final stage involved the participation of 244 UPA users from municipalities in the metropolitan region of Curitiba, Paraná. They identified that the proposed tool cannot be considered an "assessment scale" but rather an instrument that assesses the quality of care and infrastructure through independent questions, allowing for the establishment of new horizons aimed at improving healthcare for the population.

On the other hand, in the following work, named **HUMANIZATION OF HEALTH SERVICES: A CRITICAL ANALYSIS OF SCIENTIFIC PRODUCTION IN BRAZILIAN PUBLIC HEALTH**, the authors aimed to identify and analyze the predominant conceptions of humanization in Brazilian public health through a critical literature review. After applying inclusion and exclusion criteria, 86 selected articles were included in the review, of which more than half did not present the concept of humanization. Three categorical axes of humanization concepts and practices were developed: relational, organizational, and ethical, which associate humanization with attitude changes, particularly among healthcare workers, and local management transformations. The authors discussed the results and concluded that funding for the healthcare system and improving working conditions, often overlooked in the literature, are fundamental aspects for improving care.

The aim of the next study was to identify the perceptions of dental students regarding healthcare professionals' vaccination as a commitment to Public Health, titled **VACCINATION AS A COMMITMENT TO PUBLIC HEALTH: PERCEPTION OF DENTAL STUDENTS**. To achieve this, the authors conducted an observational cross-sectional study, applying a questionnaire to 161 final-year dental students from two universities in a Southern Brazilian municipality. The questionnaire consisted of 23 questions related to participant characterization and the identification of knowledge about vaccines relevant to healthcare professionals. The authors identified that participants are lacking in terms of vaccine completion, particularly the hepatitis vaccine. Although the responses indicated commitment, the data show the need for ongoing training for healthcare professionals regarding vaccine knowledge.

Closing this volume, the last chapter is **DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS IN PRIMARY CARE AND THEIR PSYCHOSOCIAL EFFECTS**, which reflects on the psychosocial effects of diagnoses of mental disorders in Primary HealthCare (PHC). The study is based on a qualitative approach, using field diary data from 1,119 clinical cases attended at two Health Centers in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, by the Psychology team of the Family Health Support Center (NASF-AB). Nuclei of Meaning Analysis (ANS) was employed for data

organization and analysis. Three analytical nuclei of meaning were proposed through the records: 1) “I am, I have” – Diagnoses as identity or personal characteristics; 2) “I was harmed, I will harm” – Diagnoses as validation of violence; 3) “I need, you have the right” – Diagnoses as a guarantee of rights.

Lastly, but certainly not least, the organizing team of this e-book would like to express their gratitude to the Graduate Support Program (PROAP) of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), (code 001), which funded this publication. We are faculty members of a public and tuition-free university; we advocate for a public, universal, and quality Unified Health System (SUS) for all; and we equally support strong science with public funding, enabling Brazilian scientific advancement. Therefore, we are enormously proud to present this e-book, which can be downloaded and accessed freely, promoting open and inclusive science. We wish you an excellent reading!

Prof. Dr. Doroteia Höfelmann

Prof. Dr. Karin Regina Luhm

Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli

Prof. Dr. Talita Gianello Gnoato Zotz

Prof. Dr. Yanna Dantas Rattmann



SEÇÃO I

DESAFIOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL, DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES

CAPÍTULO 1

ADEQUAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS EM GESTANTES DE MUNICÍPIOS DO PARANÁ, BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL SERIADO, 2014 A 2016 E 2017 A 2018

Magda Clara Vieira da Costa Ribeiro, Mara Carmen Ribeiro

Franzolosso, Karin Regina Luhm

Introdução

A sífilis, doença infecciosa de transmissão sexual, vertical ou sanguínea, destaca-se por sua magnitude e abrangência mundial. É uma doença de caráter sistêmico que, quando não tratada, pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervosos e cardiovasculares (Newman, 2013; Brasil, 2019a).

O tratamento da sífilis é realizado com penicilina G. benzatina. Os casos de sífilis recente (primária, secundária e latente recente), ou seja, casos com até um ano de duração, devem ser tratados com uma dose de 2,4 milhões UI. Para os casos de sífilis tardia (terciária, latente tardia ou latente com duração ignorada) preconiza-se a administração de três doses de 2,4 milhões UI, em intervalos semanais (Brasil, 2019a).

Durante a gestação, quando não diagnosticada e tratada adequadamente, a sífilis pode ocasionar consequências severas, como abortamento, prematuridade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (RN) (Milanez, 2016).

Estimativas globais, em 2016, apontavam uma prevalência de 6,9 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, cobertura da assistência pré-natal de 88%, proporção de rastreamento para sífilis de 66% e cobertura de tratamento no pré-natal de 78% (Korenromp *et al.*, 2016), o que demonstra que ainda são muitos os desafios para o controle da sífilis materna e eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública. De acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis do Ministério da Saúde (MS), a taxa de detecção da sífilis em gestante aumentou nos últimos anos, passando de 3,5 casos por mil nascidos vivos, em 2010, para 21,4 por mil nascidos vivos, em 2018, um aumento de 5,1 vezes (Brasil, 2019b). No Paraná, os casos notificados de sífilis em gestantes acompanham o cenário brasileiro. No ano de 2010, a taxa de detecção foi de 2,2 por mil nascidos vivos e, no ano de 2018, atingiu 18,0 por mil nascidos vivos, um incremento de 7,2 vezes no período (Brasil, 2019b).

Os métodos diagnósticos e terapêuticos para a sífilis na gestação são eficazes e estão disponíveis na rede pública no Brasil. No

entanto, uma cadeia de fatores individuais, sociais, políticos, econômicos, incluindo a organização dos serviços de saúde, podem impactar negativamente no acesso a essas medidas e contribuir para a manutenção da ocorrência de casos por essa via de transmissão (Brasil, 2014)

Observam-se lacunas na publicação de estudos nacionais que avaliam a interferência de variáveis contextuais sobre o tratamento da sífilis na gestação, bem como a escassez de pesquisas referentes ao tratamento prescrito no Estado do Paraná, o aprofundamento deste tema mostra-se relevante para a saúde pública no Estado e no país.

O objetivo deste trabalho foi descrever características individuais, clínicas e contextuais de gestantes com sífilis em municípios do Paraná, comparando os períodos de 2014 a 2016 e 2017 a 2018, e avaliar a proporção de tratamento inadequado segundo características relativas ao diagnóstico da sífilis na gestação e variáveis de contexto municipal nos dois períodos.

Métodos

Estudo transversal seriado, com dados secundários de casos de sífilis em gestantes no período de 2014 a 2018 com formação de dois cortes transversais.

O Paraná, um dos três Estados da Região Sul do Brasil, apresentou população estimada para 2016 de 11.242.720 habitantes distribuídos em 22 Regionais de Saúde e 399 municípios (Paraná, 2016). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), classificado como “alto” (0,749 em 2010), apresenta grande variação dentro do Estado (de 0,546 a 0,823 em 2010). Dados de 2015, relativos à atenção primária à saúde (APS), apontaram a existência de 1.785 unidades de APS e 2.284 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), representando uma cobertura de 86,7% da população (Paraná, 2016).

A população do estudo foi constituída por mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação, de municípios selecionados do Estado do Paraná, que realizaram o acompanhamento de pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) em seu município de residência, entre 2014 e 2018. Foram selecionados os municípios que apresentaram média anual de cinco ou mais casos de sífilis em gestantes notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2014 e 2016.

Utilizaram-se dois períodos para comparar a prescrição do tratamento da sífilis na gestação: 2014 a 2016 e 2017 a 2018, definidos a partir do incremento de ações para o enfrentamento da sífilis na gestação realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) a partir do segundo semestre de 2016.

Foram definidos dois esquemas para verificar a adequação do tratamento prescrito à gestante com sífilis: “Gestante e parceiro” e “Gestante”. Para o esquema “Gestante e parceiro”, foi considerado inadequado a gestante com sífilis que não teve a prescrição adequada de penicilina G. benzatina e/ou parceiro não tratado concomitante, baseado no critério de definição de caso de gestante com sífilis tratada adequadamente do MS vigente até 2017 (Brasil, 2017) que considerava o tratamento do parceiro. O esquema “Gestante”, baseado na recomendação atual do MS (Brasil, 2019a), considerou somente a não prescrição adequada para a gestante, independentemente do tratamento do parceiro. Foi definido como tratamento inadequado da gestante a não prescrição do esquema de três doses de penicilina, considerando que na rotina de pré-natal é realizada triagem sorológica com maior probabilidade de diagnóstico de gestantes no período de latência com duração ignorada e, ainda, que há muitas falhas na classificação da sífilis na gestação (Milanez, 2016).

As características estudadas para avaliar a prescrição inadequada do tratamento da sífilis na gestação foram distribuídas em variáveis individuais relativas ao diagnóstico da sífilis e variáveis de contexto que incluíram: características gerais dos municípios de residência das gestantes, perfil da atenção primária no município e a

adoção, pelos municípios de estratégias municipais para a vigilância e controle da sífilis na gestação.

As variáveis clínicas individuais foram a classificação clínica da sífilis na gestação (primária; secundária; terciária; latente) e trimestre da gestação no diagnóstico (1º; 2º; 3º). As variáveis de contexto geral dos municípios foram: porte populacional em 2010, segundo categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)(1 -até 10.000; 2- 10.001 até 50 mil; 3- 50.001 até 100 mil; 4- 100.001 até 500 mil; 5- mais de 500 mil habitantes); Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios (IDHM) em 2010 (baixo; médio; alto e muito alto);proporção da população que utiliza exclusivamente o SUS, calculada pela subtração do número de beneficiários de planos de saúde, segundo dados de 2018 da Agência Nacional de Saúde (ANS), da estimativa da população total de cada município e dividida em duas categorias pela mediana. O perfil da atenção primária no município (APS) incluiu: taxa de equipes de ESF por 10 mil habitantes SUS; taxa de profissionais médicos na APS por 10 mil habitantes SUS; taxa de profissionais enfermeiros na APS por 10 mil habitantes SUS, dicotomizadas a partir da mediana. No cálculo do número de médicos e enfermeiros na APS foram incluídos profissionais lotados em centro de saúde/unidade básica de saúde, unidade de atenção à saúde indígena, unidade de saúde da família e unidade mista. Para a estimativa do número de médicos foram incluídos clínicos gerais, ginecologistas e obstetras, médicos da ESF e de família e comunidade. As ações para o controle da transmissão vertical da sífilis nos municípios incluíram: a existência de comitê de investigação da TV da sífilis (sim, isolado ou em conjunto com outro comitê; não); a realização de teste rápido (TR) nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) (todas; algumas; nenhuma); a administração da penicilina no momento do diagnóstico nas UAPS (sim; não).

As fontes de dados foram o SINAN para as variáveis socio-demográficas e clínicas e para a avaliação da prescrição do tratamento. As variáveis relacionadas às ações executadas nos serviços e municípios foram obtidas em planilha com dados do Instrumento de Avaliação das Ações de Vigilância e Controle da Transmissão

Vertical do HIV e da Sífilis (IATV), aplicado pela SESA/PR em 2018. O número de profissionais e serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), as referências do porte e desenvolvimento dos municípios do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico (IPARDES), a população no IBGE; e a proporção da população SUS na ANS.

Foi utilizado o teste estatístico qui-quadrado para comparação das características sociodemográficas e clínicas das gestantes nos dois períodos. Prevalências e intervalos de confiança ($IC_{95\%}$) foram calculados para os dois desfechos na avaliação do tratamento inadequado: “Gestante e parceiro” e “Gestante” segundo período e categorias das variáveis. Calculou-se o percentual das diferenças nas proporções de tratamento inadequado entre os períodos (Delta% de mudança) de acordo com proposto em estudo de Nunes *et al.* (2018).

Resultados

Foram selecionados 45 municípios do Estado do Paraná com a inclusão de 7.005 casos de sífilis em gestantes no período compreendido entre 01/01/2014 e 31/12/2018. Deste conjunto foram excluídos 361 casos por não possuírem a informação da realização do pré-natal (197 casos) ou com a informação da realização em município diferente do município de residência (164 casos). A amostra final foi constituída por 6.644 casos, sendo 3.654 gestantes, no período de 2014 a 2016, e 2.990 gestantes, no período de 2017 a 2018.

A Tabela 1 apresenta o perfil das gestantes nos dois períodos segundo características sociodemográficas e clínicas. Identificou-se maior proporção de gestantes de 20 a 34 anos, com a 5ª série do ensino fundamental ao ensino médio incompleto, da raça branca. Quanto às características clínicas, predominou a classificação de sífilis latente e diagnóstico da sífilis no primeiro trimestre da gestação. Houve diferença nos dois períodos analisados com maiores proporções no segundo período de gestantes com ensino médio completo ou mais ($p=0,003$), classificação clínica da sífilis na gestação como latente ($p<0,001$) e o diagnóstico da sífilis no primeiro trimestre da gestação ($p<0,001$).

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas e clínicas, segundo períodos estudados, das gestantes com sífilis e registro de pré-natal no município de residência de 45 municípios Paraná, de 2014 a 2018

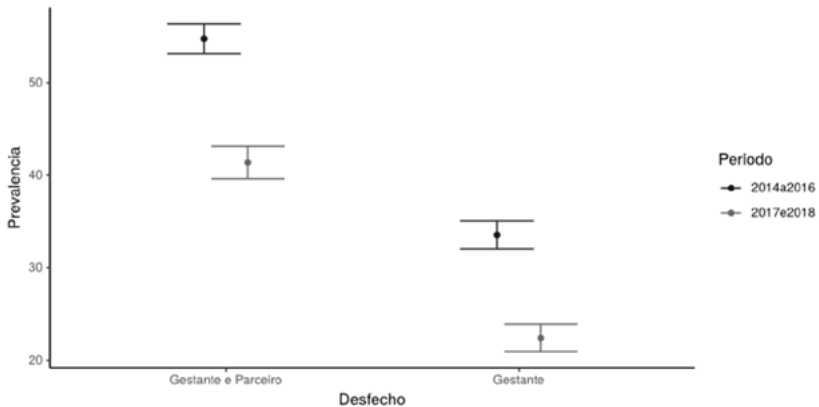
Características	2014 - 2016		2017- 2018		Valor de p ¹
	n	%	N	%	
Faixa etária (em anos)					p=0,999
< 20	893	24,4	731	24,5	
20 a 34	2404	65,8	1966	65,7	
≥ 35	357	9,8	293	9,8	
Total	3654	100	2990	100	
Escolaridade					0,003
Até 4ª série do EF ²	350	11,9	242	9,6	
5ª série EF ² a EMI ³	1872	63,7	1581	62,8	
EMC ⁴ ou mais	714	24,3	691	27,4	
Total	2936	100	2514	100	
Raça/cor da pele					0,582
Branca	2515	71,2	2102	71,4	
Preta	188	5,3	139	4,7	
Amarela	30	0,8	27	0,9	
Parda	766	21,6	655	22,2	
Indígena	32	0,9	19	0,6	
Total	3531	100	2942	100	
Zona de residência					p=0,838
Urbana	3489	97,1	2848	97,1	
Periurbana ou rural	101	2,8	85	2,9	
Total	3590	100	2933	100	
Classificação clínica					p< 0,001
Primária	1352	42,3	1038	36,8	
Secundária	153	4,7	138	4,9	
Terciária	246	7,7	176	6,2	
Latente	1442	45,1	1467	52	
Total	3193	100	2819	100	
Trimestre da gestação no diagnóstico da sífilis					<0,001
1º trimestre	1602	44,6	1588	53,7	
2º trimestre	1014	28,2	767	25,9	
3º trimestre	969	27	600	20,3	
Total	3585	100	2955	100	

¹Valor de p do Teste qui-quadrado da diferença ente as categorias <0,001.

Trazer as demais legendas que estão no início da página seguinte para pôr em seqüência aqui, na mesma linha.

A comparação da prevalência de tratamento inadequado nos dois cortes transversais (Figura 1) mostrou redução estatisticamente significativa ($p < 0,001$) do tratamento inadequado da sífilis na gestação para os dois tipos de esquemas. Verificou-se redução de 54,7% para 41,4% no esquema inadequado de “Gestante e parceiro” e redução de 33,6% para 22,4% no esquema inadequado de “Gestante”, sendo mais acentuada no primeiro esquema (Delta% 40,4) quando comparado com o segundo (Delta% 32).

Figura 1 - Tratamento inadequado para sífilis na gestação e intervalo de confiança de 95%, segundo esquema de tratamento e períodos, entre gestantes com registro de pré-natal no município de residência de 45 municípios Paraná, de 2014 a 2018



Gestante e parceiro: gestante que não teve prescrição de três doses de penicilina G. benzatina e/ou sem a informação do tratamento concomitante do parceiro; Gestante: gestante que não teve prescrição de três doses de penicilina G. benzatina e/ou sem a informação do tratamento concomitante do parceiro.

As Tabelas 2 e 3 apresentam as proporções de tratamento inadequado segundo desfechos e características avaliadas. Quanto à classificação clínica, a prevalência de prescrição de tratamento inadequado foi maior em gestantes com classificação primária e secundária para os dois períodos e esquemas contudo, houve maior

redução de tratamento inadequado para gestantes classificadas nestas categorias (Delta % = entre -25% e -43%). Gestantes que tiveram o diagnóstico no primeiro e segundo trimestre da gestação apresentaram menores proporções de prescrição de tratamento inadequado e maior redução na comparação entre os períodos (Delta % = entre -25% e -43%). Em relação às variáveis contextuais gerais dos municípios houve redução da prescrição de tratamento inadequado para as três variáveis analisadas em todas as categorias, nos dois desfechos, exceto para municípios de porte 5, com mais de 500 mil habitantes, no esquema “Gestante” que permaneceu estável, porém, baixo nos dois períodos avaliados (11,5% e 11,7%). Ocorreu menor prevalência da prescrição de tratamento inadequado nos municípios com mais de 500 mil hab. com IDHM muito alto e com menor proporção da população que utiliza exclusivamente o SUS.

Tabela 2 - Prevalência de prescrição de tratamento inadequado para sífilis para gestante e parceiro¹, intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) e diferença percentual (D%), segundo características clínicas e de contexto do no município de residência, 45 municípios Paraná, de 2014 a 2018

Variáveis Prevalência (%)	2014 a 2016		2017 e 2018		Δ%	
	IC _{95%}	Prevalência (%)	IC _{95%}	Prevalência (%)		
Diagnóstico da sífilis na gestação						
Classificação clínica	Primária	69,4	(66,9-71,8)	52,0	(49,0-55,1)	-25
	Secundária	77,1	(69,7-83,5)	52,9	(44,2-61,5)	-31
	Terciária	37,0	(31,0-43,4)	36,9	(29,8-44,5)	0
	Latente	38,2	(35,7-40,8)	32,1	(29,8-34,5)	-16
	Ignorada	65,5	(61,1-69,7)	51,5	(43,7-59,2)	-21
Trimestre do diagnóstico	1º trimestre	47,8	(45,3-50,2)	35,9	(33,6-38,3)	-25
	2º trimestre	51,7	(48,6-54,7)	36,3	(32,9-39,7)	-30
	3º trimestre	68,1	(65,1-71,0)	61,3	(57,4-65,2)	-10
	Ignorado	73,9	(61,9-83,8)	60,0	(42,1-76,1)	-19
Contexto geral do município						
Porte ²	2	59,0	(54,4-63,6)	47,6	(41,6-53,5)	-19
	3	62,5	(58,1-66,7)	44,6	(40,6-48,8)	-29
	4	66,6	(64,2-68,9)	48,2	(45,4-50,9)	-28
	5	34,3	(31,7-37,1)	27,9	(25,0-30,9)	-19

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

IDHM ³	Muito alto	41,3	(38,7-43,9)	33,4	(30,6-36,4)	-19
	Alto	63,0	(60,8-65,1)	44,1	(41,7-46,5)	-30
	Médio	62,7	(57,2-67,8)	52,8	(47,3-58,2)	-16
Proporção da população SUS (%) ⁴	48, a 81,5	52,0	(50,2-53,9)	38,5	(36,5-40,5)	-26
	81,6 a 98,9	63,8	(60,5-67,0)	50,1	(46,6-53,7)	-21
Perfil da atenção primária no município						
Equipes ESF/ 10.000 habitantes SUS	0 a 2,32	66,3	(61,9-70,5)	54,4	(50,2-58,5)	-18
	2,33 a 5,40	53,1	(51,3-54,8)	38,5	(36,5-40,4)	-28
Médicos na APS/ 10.000 habitantes SUS	0,60 a 2,31	65,1	(62,2-67,8)	43,8	(40,7-46,9)	-33
	2,32 a 5,46	50,2	(48,2-52,1)	40,2	(38-42,3)	-20
Enfermeiros na APS/ 10.000 habitantes SUS	0,30 a 3,29	63,9	(61,3-66,4)	48,1	(45,2-51,1)	-25
	3,30 a 7,43	49,4	(47,4-51,5)	37,4	(35,2-39,6)	-24
Estratégias municipais para vigilância e controle da sífilis na gestação						
Comitê de investigação de transmissão vertical	Sim ⁵	51,1	(49,1-53,1)	37,2	(35,0-39,3)	-27
	Não	61,6	(58,9-64,2)	49,0	(46,0-52,0)	-20
UAPS realizam teste rápido para sífilis	Todas	63,7	(61,5-65,9)	45,9	(43,4-48,5)	-28
	Algumas	45,8	(43,5-48,1)	37,0	(34,6-39,5)	-19
	Nenhuma	48,0	(33,7-62,6)	16,7	(3,6-41,4)	-65
UAPS administram penicilina no diagnóstico	Sim	53,3	(51,6-55,0)	40,6	(38,8-42,4)	-24
	Não	65,0	(60,5-69,3)	48,3	(42,5-54,2)	-26

SUS-Sistema Único de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; UAPS - Unidade de atenção primária à saúde.

1 Gestante e parceiro: gestante que não teve prescrição de três doses de penicilina G. benzatina e/ou sem a informação do tratamento concomitante do parceiro;

² Porte município IBGE (2- 10.001 até 50 mil habitantes; 3- 50.001 até 100 mil habitantes; 4- 100.001 até 500 mil habitantes; 5- mais de 500 mil habitantes).

³IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (Muito alto, acima de 0,800; Alto, 0,700 a 0,799; Médio, 0,600 a 0,699; Baixo, 0,500 a 0,599; Muito baixo, 0,000 a 0,499).

⁴Proporção da população SUS: (população geral menos a população que possui convenio em 2018) /população geral em 2018X100.

⁵Comitê específico ou associado a outro comitê de investigação.

Os dados relativos à estrutura da APS e às estratégias para vigilância e controle da sífilis (Tabelas 2 e 3, Figura 2) revelaram menores proporções de prescrição de tratamento inadequado nos locais cujas taxas de médicos, enfermeiros e equipes ESF eram maiores. Os locais com presença de comitê de investigação da TV e que administravam a penicilina no momento do diagnóstico de sífilis, apresentaram menores proporções de prescrição de tratamento inadequado para os dois esquemas e nos dois períodos. Gestantes que residiam em municípios que realizavam TR em todas as UAPS apresentaram maiores prevalências prescrição de tratamento inadequado, contudo, a análise do perfil destes municípios apontou que eram de menor porte e com níveis de IDHM menores. Das gestantes que residem em municípios que não realizam exclusivamente o TR 72% são provenientes de municípios com IDHM muito alto.

Tabela 3 - Prevalência de prescrição de tratamento inadequado para sífilis para a gestante¹, intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) e diferença percentual (D%), segundo características contextuais de gestantes com sífilis e registro de pré-natal no município de residência de 45 municípios Paraná, de 2014 a 2018

Variáveis Prevalência %	2014 a 2016		2017 e 2018		Δ%	
	IC _{95%}	Prevalência %	IC _{95%}			
Diagnóstico da sífilis na gestação						
Classificação clínica	Primária	51,1	(48,5-53,8)	34,0	(31,2-36,9)	-33
	Secundária	56,9	(48,6-64,8)	30,4	(22,9-38,8)	-46
	Terciária	13,4	(9,4-18,3)	11,4	(7,1-17,0)	-15
	Latente	14,9	(13,2-16,8)	13,7	(12,0-15,6)	-8
	Ignorada	43,4	(38,9-47,9)	31,6	(24,7-39,1)	-27
Trimestre do diagnóstico	1º trimestre	26,4	(24,3-28,6)	17,4	(15,6-19,3)	-34
	2º trimestre	31,7	(28,9-34,6)	17,0	(14,5-19,8)	-46
	3º trimestre	45,8	(42,7-49,0)	41,8	(38,0-45,8)	-9
	Ignorado	55,1	(42,6-67,1)	37,1	(21,5-55,1)	-33
Contexto geral do município						

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Porte ²	2	40,7	(36,2-45,4)	27,6	(22,5-33,2)	-32
	3	43,9	(39,5-48,4)	28,5	(24,9-32,4)	-35
	4	45,1	(42,6-47,5)	26,1	(23,8-28,6)	-42
	5	11,5	(9,8-13,5)	11,7	(9,8-14,0)	2
IDHM ³	Muito alto	18,8	(16,8-20,9)	14,9	(12,9-17,2)	-21
	Alto	41,7	(39,6-43,9)	25,4	(23,4-27,6)	-39
	Médio	47,5	(42,0-53,0)	30,9	(26,1-36,1)	-35
Proporção da população SUS (%) ⁴	48, a 81,5	30,2	(28,6-32,0)	19,6	(18-21,3)	-35
	81,6 a 98,9	44,6	(41,3-48,0)	30,8	(27,6-34,2)	-31
Perfil da atenção primária no município						
Equipes ESF/ 10.000 habitantes SUS ⁵	0 a 2,32	46,7	(42,2-51,3)	34,3	(30,5-38,4)	-27
	2,33 a 5,40	31,7	(30,1-33,3)	19,7	(18,2-21,4)	-38
Médicos na APS/ 10.000 habitantes SUS ⁵	0,60 a 2,31	48,3	(45,3-51,2)	28,7	(25,9-31,6)	-41
	2,32 a 5,46	27,1	(25,4-28,8)	19,3	(17,6-21,1)	-29
Enfermeiros na APS/ 10.000 habitantes SUS ⁵	0,30 a 3,29	44,7	(42,1-47,4)	26,6	(24,1-29,3)	-40
	3,30 a 7,43	27,1	(25,3-28,9)	20,0	(18,2-21,8)	-26
Estratégias municipais para vigilância e controle da sífilis na gestação						
Comitê de investigação de transmissão vertical	Sim	30,0	(28,2-31,8)	19,7	(18,0-21,6)	-34
	Não	40,3	(37,6-43)	27,3	(24,7-30,0)	-32
UAPS realizam teste rápido para sífilis	Todas	42,6	(40,4-44,9)	25,7	(23,5-27,9)	-40
	Algumas	24,3	(22,4-26,3)	19,2	(17,3-21,3)	-21
	Nenhuma	36,0	(22,9-50,8)	11,1	(1,4-34,7)	-69
UAPS administram penicilina no diagnóstico	Sim	32,5	(30,9-34,2)	21,7	(20,2-23,3)	-33
	Não	40,8	(36,3-45,4)	28,9	(23,8-34,4)	-29

SUS-Sistema Único de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; UAPS- Unidade de atenção primária à saúde

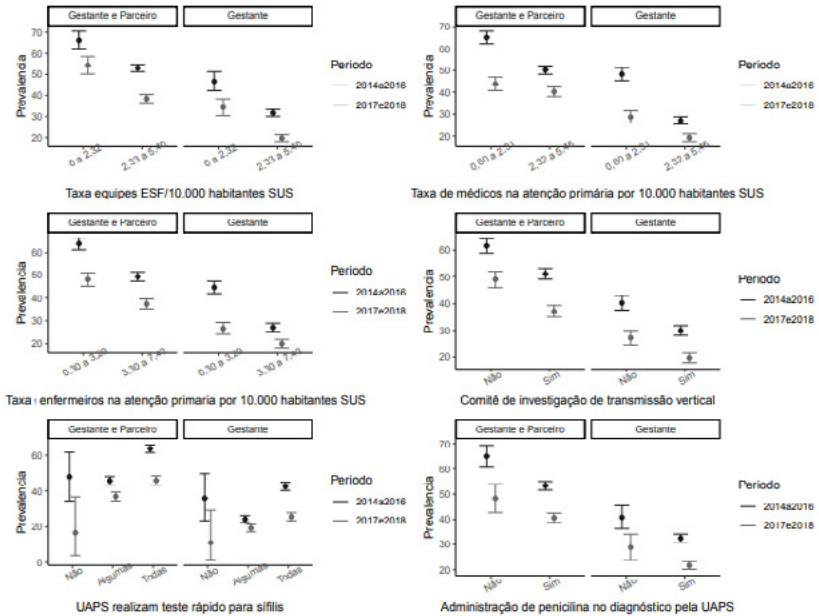
¹Gestante: gestante não teve prescrição de três doses de penicilina G. benzatina.
²Porte município IBGE (2- 10.001 até 50 mil habitantes; 3- 50.001 até 100 mil habitantes; 4- 100.001 até 500 mil habitantes; 5- mais de 500 mil habitantes).

³IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (Muito alto, acima de 0,800; Alto, 0,700 a 0,799; Médio, 0,600 a 0,699; Baixo, 0,500 a 0,599; Muito baixo, 0,000 a 0,499).

⁴Proporção da população SUS: (população geral menos a população que possui convênio em 2018) /população geral em 2018X100.

⁵Comitê específico ou associado a outro comitê de investigação.

Figura 2 - Prevalência e intervalos de confiança de 95% de tratamento inadequado da sífilis em gestante e parceiro e gestante, segundo características da atenção primária em saúde e estratégias para o controle da sífilis, entre gestantes com registro de pré-natal no município de residência de 45 municípios Paraná, de 2014 a 2018



SUS-Sistema Único de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; UAPS- Unidade de atenção primária à saúde.

Gestante e parceiro: gestante não teve prescrição de três doses de penicilina G. benzatina e /ou sem a informação do tratamento concomitante do parceiro.

Gestante: gestante não teve prescrição de três doses de penicilina G. benzatina.

Habitantes SUS: estimativa da população geral em 2018 (IBGE) menos a população que possui convênio em 2018 (ANS)

Discussão

Os dados apontaram redução da prescrição de tratamento inadequado da sífilis para os dois esquemas entre os períodos analisados. Quando comparados os esquemas observou-se maior redução do tratamento inadequado para o esquema que inclui o parceiro.

A importância do tratamento oportuno e adequado da sífilis na gestação foi demonstrada em revisão sistemática, realizada por Gomes *et al.* A publicação apontou que, entre gestantes com sífilis não tratadas, a perda fetal e a natimortalidade foram 21% mais frequentes e os óbitos neonatais foram 9,3% mais frequentes do que entre mulheres sem sífilis). Dos bebês de mães com sífilis não tratada, 15% tinham evidência clínica de sífilis congênita (Gomez *et al.*, 2013).

Em 2004, a OMS lançou uma campanha para a eliminação da TV da sífilis no mundo, tendo entre as metas tratar adequadamente mais de 90% das gestantes com diagnóstico de sífilis (Who, 2019). Considerando somente o tratamento da gestante, os dados do presente estudo mostraram proporções de adequação superiores a 75% no período 2017 e 2018. Uma vez que foi utilizado um parâmetro conservador para a classificação da adequação da prescrição do tratamento da gestante (três doses de penicilina independentemente da classificação clínica), evidencia-se boa cobertura de tratamento entre as gestantes com sífilis com pré-natal no SUS de seu município de residência.

Estudo realizado em Sergipe apontou maiores proporções de tratamento inadequado (68,7%) e que 22,2% das gestantes não foram tratadas (Costa, 2019). Moreira *et al.* (2017) apontam uma proporção de 55,1% de gestantes tratadas inadequadamente em Porto Velho.

Os dados do presente estudo, apontando menor inadequação do tratamento quando a classificação da sífilis é latente ou terciária, apontam a importância da classificação correta do estadiamento da sífilis. Visto que a definição de tratamento adequado foi a prescrição de três doses de penicilina, o efeito da classificação

clínica sobre a adequação do tratamento foi evidenciado de forma mais intensa.

Embora tenha ocorrido aumento da classificação clínica de sífilis latente, essa proporção ainda pode ser considerada baixa já que a maioria das gestantes é assintomática e faz o diagnóstico por sorologia no pré-natal. Dados nacionais de 2018, apontaram que, das gestantes tratadas, 81,1% tiveram tratamento prescrito de acordo com a classificação clínica da doença. A publicação aponta limitações referentes a esse critério, visto que 26,5% das gestantes foram classificadas como portadoras de sífilis primária (Brasil, 2019). Os problemas na classificação clínica foram também observados em outras pesquisas realizadas no Paraná, nas quais a maioria das gestantes com sífilis foram classificadas como sífilis primária. (Ramos, 2018). No Tocantins, os altos percentuais de gestantes nas fases primária e secundária da doença sugeriram problemas na classificação dos casos (Cavalcante *et al.*, 2017). Por outro lado, estudo realizado no Reino Unido (Townsend *et al.*, 2017), indicou maior adequação da classificação da sífilis na gestação com 14% dos casos classificados como sífilis primária. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis aponta a importância do tratamento como sífilis de duração ignorada na impossibilidade de estabelecer a evolução da doença (Brasil, 2019a).

As diferenças encontradas na proporção de tratamento inadequado em 2017 a 2018 quando se considera ou não o parceiro, revelam o peso desse critério no tratamento inadequado. Em Sergipe, o não tratamento do parceiro ocorreu em 79,2% (Costa, 2006). Ademais, estudos evidenciam maior incidência de sífilis congênita quando o parceiro não recebeu tratamento concomitante ao da gestante, reforçando a importância do tratamento dos mesmos. (Milanez, 2016; Almeida, 2021. Ainda que a definição atual de tratamento adequado da sífilis na gestação do MS considere somente o tratamento da gestante, o novo protocolo de tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis de 2019 (Brasil, 2019a) destaca a importância do tratamento dos parceiros.

Embora o início do tratamento da sífilis no terceiro trimestre tenha reduzido, aproximando-se às proporções do Reino Unido (Townsend *et al.*, 2017), o diagnóstico tardio da sífilis na gestação se mostrou importante no desfecho inadequado do tratamento. Evidências indicam menor prevalência de resultado adverso e maior probabilidade de ter um bebê saudável quando o diagnóstico da sífilis ocorre nos primeiros trimestres da gestação, reduzindo o tempo de exposição do feto ao *Treponema pallidum* (Milanez, 2016; Rocha, 2016; Wijesooriya *et al.*, 2016).

A adequada classificação clínica e o início precoce do pré-natal trazem implicações importantes para os programas de cuidados pré-natais. As ações de captação e vinculação das gestantes devem ser intensificadas, bem como o treinamento dos profissionais de saúde (Townsend *et al.*, 2017; Carvalho *et al.*, 2019).

Quanto às características da APS nos municípios, os resultados desta pesquisa apontando menores proporções de prescrição de tratamento inadequado na parcela de gestantes de municípios com maior taxa de enfermeiros e médicos na APS, sugerem a importância da adequada estrutura de recursos humanos na APS. Estudo de mortalidade infantil da Região Nordeste do Brasil observou prevalências de tratamento inadequado menores nos municípios com características associadas a melhores condições de vida e de acesso aos serviços de saúde (Carvalho, 2019; Maacinko, 2019) em estudo no município do Mato Grosso ao reforçar a importância da Estratégia de Saúde da Família, como uma ferramenta de resultado na APS, ressalta o papel do enfermeiro como ator nas ações de vigilância e tratamento da sífilis no pré-natal. O impacto da maior disponibilidade de profissionais de saúde é evidenciado em menores taxas de internações por condições sensíveis a APS no sul da Itália, associadas a maior disponibilidade de médicos generalistas por habitantes na APS (Maacinko, 2019).

Quanto ao modelo de atenção, a menor prevalência de prescrição de tratamento inadequado à gestantes que residem em municípios com maior proporção de ESF encontrada nesse estudo foi semelhante a estudo realizado em Goiás onde municípios com

cobertura ESF inferiores a 75% apresentaram maior transmissão vertical da sífilis (Nunes *et al.*, 2018). Tais dados mostram o potencial da ESF na APS e são compatíveis com revisão que sintetiza as evidências sobre o impacto da estratégia com redução de várias causas de mortalidade e morbidade no país, especialmente a redução da mortalidade infantil e da mortalidade e hospitalizações em outras faixas etárias (Barros *et al.*, 2019).

Municípios com comitê de investigação da TV da sífilis e aqueles que disponibilizavam a penicilina no momento do diagnóstico apresentaram melhor performance no tratamento das gestantes, reforçando a importância da adesão às estratégias da Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil (Brasil, 2017). Destaca-se que, nesse estudo, os municípios que aderiram aos comitês a partir de 2016 já apresentavam menor prevalência de tratamento inadequado no período 2014-2016 sugerindo que já vinham realizando ações voltadas para o controle da sífilis congênita e foram mais sensíveis à implantação dos comitês. A relevância do comitê de investigação da transmissão vertical da sífilis pode também ser estimada pelo impacto de outros comitês de investigação de eventos sentinela estabelecidos há mais tempo, como o da mortalidade infantil e fetal. Esses comitês, ao identificarem falhas na assistência ao pré-natal, ao parto e à criança, permitem a reorientação das ações e a redução dos óbitos Barros *et al.*, 2019; Ruoff *et al.*, 2018).

A implantação de testes rápidos para sífilis e HIV no pré-natal é uma das estratégias para ampliar o diagnóstico da sífilis na gestação (Brasil, 2014). A maior proporção de tratamento inadequado em municípios que realizam TR em todas as UAPS deve ser analisada com cautela uma vez que estes municípios têm outras características associadas ao tratamento inadequado como porte e IDHM. Além disso, segundo dados do CNES, grande parte dos municípios analisados possui laboratório conveniado ao SUS, alguns com laboratório próprio, facilitando a coleta e liberação de exames para detecção da sífilis e o tratamento oportuno sem a necessidade do TR.

Em relação às limitações do estudo, ressalta-se que o presente estudo avaliou somente gestantes com diagnóstico de sífilis no

SUS e pré-natal no município de residência. O uso de dados secundários com problemas de completude e limitação dos dados disponíveis é também um fator limitante. Exemplos desta situação é a informação quanto ao tratamento da sífilis que se baseia somente na prescrição, não permitindo identificar se a penicilina foi efetivamente administrada. Outra limitação está relacionada às informações fornecidas pelos representantes dos municípios, no instrumento aplicado pela SESA/PR, que podem superestimar a adesão às estratégias de controle da sífilis. Ainda, a análise realizada no estudo não permite identificar fatores de confusão entre as variáveis analisadas.

A presente pesquisa identificou a redução da prescrição de tratamento inadequado entre os períodos estudados. É necessário o acompanhamento de um período maior para avaliar a continuidade da redução. Além disso, os resultados sinalizaram questões mais frágeis na atenção à gestante com sífilis como o diagnóstico tardio e a classificação clínica incorreta da doença, sendo necessários estudos para conhecer com maior profundidade estas questões.

Ainda, as menores proporções de tratamento inadequado em municípios com melhores condições de vida e infraestrutura, incluindo recursos humanos da APS e a ESF, e naqueles que aderiram às estratégias nacionais para o controle da TV da sífilis demonstram a importância da instância municipal, em especial da APS, no controle da sífilis congênita.

Conclusão

Constatou-se a redução entre os dois períodos avaliados da prescrição de tratamento inadequado da sífilis para os esquemas que consideram somente o tratamento da gestante bem como o que inclui o parceiro, de forma mais expressiva para este último. Maiores proporções de inadequação do tratamento foram encontradas quando a classificação da sífilis é primária e quando o diagnóstico da sífilis na gestação é tardio. Ocorreram menores proporções de tratamento inadequado em municípios com melhores condições de vida e infraestrutura, incluindo recursos humanos da APS e a ESF, e naqueles que aderiram às estratégias nacionais para o controle da transmissão vertical da sífilis.

Referências

ALMEIDA, A.B.M.; SILVA, Z.P. Uso de linkage para análise de completude e concordância de óbitos por sífilis congênita na região metropolitana de São Paulo, 2010-2017: estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, p. e2021167, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000400013>.

BARROS, P.S.; AQUINO, E.C.; SOUZA, M.R.F. *et al.* Mortality and the challenges for women's health care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000714>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. 2019. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2019. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinicoe-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-cominfeccoes>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARVALHO, R.A.S. *et al.* Inequalities in health: living conditions

and infant mortality in Northeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049004794>.

CAVALCANTE, P.A.M.; PEREIRA, R.B.L.; CASTRO, J.G.D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 255-264, 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000200255&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003>. Acesso em: 14 ago. 2023.

COSTA, J.S.; DOS SANTOS-JUNIOR, F.M.; MOREIRA, R.S.; GOES, M.A. de O. Tendência temporal da sífilis congênita em Sergipe, Brasil, 2006-2017. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 9, p. 8-15, 2019. DOI: 10.13102/rscdauefs.v9i0.3356. Disponível em: <https://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3356>. Acesso em: 14 ago. 2023.

GOMEZ, G.B.; KAMB, M.L.; KAMB, M.L.; NEWMAN, L.M.; MARK, J.; BROUTET, N.; HAWKES, S.J. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Geneve: **Bulletin of the World Health Organization**, n. 91, p. 217-226, 2013. DOI: 10.2471/BLT.12.107623. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623/en/>. Acesso em: 12 fev. 2019.

KORENROMP, E.L.; ROWLEY, J.; ALONSO, M.; MELLO, M.B.; WIJESORIYA, N.S. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes - Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLOS ONE**, v. 14, e0211720, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.

MILANEZ, H. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: why can we not yet face this problem? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, n. 9, p. 425-427, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1593603>.

MOREIRA, K.F.A.; CAVALCANTE, D.F.B.; OLIVEIRA, D.M.; ALENCAR, L.N.; PINHEIRO, A.S.; ORFAO, N.H. Profile of notified cases of congenital syphilis. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 2, p. 489-499, 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d8bb/1de0d02e6241cea7ae22651738dc4a848836.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

NEWMAN, L.; KAMB, M.; HAWKES, S.; GOMEZ, G.; SAY, L. *et al.* Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLOS Medicine**, v. 10, e1001396, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001396>.

NUNES, P.S. *et al.* Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, e2018127, 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000400017&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 91, p. 217-226, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623/en/>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>

RAMOS M.G.; BONI, S.M. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá-PR. Saúde e

pesquisa, v. 11, p. 517, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6695/3285>.

ROCHA, P.S.R.; CLAUDIA PEREIRA TERCAS, A.; FERREIRA DO NASCIMENTO, V.; HERRERO DA SILVA, J.; SOUZA GLERIANO, J. Análise do perfil epidemiológico de sífilis nas gestantes em Tangará da Serra de 2007 a 2014. *Revista Renome*, v. 5, n. 2, p. 3-21, 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/1246>. Acesso em: 14 ago. 2023.

RUOFF, A.B.; ANDRADE, S.R.; PICCOLI, T. O processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal: estudo de caso único. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 27, n. 4, p. e4030017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004030017>.

TOWNSEND, C.L.; FRANCIS, K.; PECKHAM, C.S.; TOOKEY, P.A. Syphilis screening in pregnancy in the United Kingdom, 2010-2011: a national surveillance study. *BJOG*, v. 124, p. 79, 2017. Disponível em: DOI 10.1111/1471-0528.14053.

WIJESOORIYA, N.S.; ROCHAT, R.W.; KAMB, M.L. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **Lancet Glob Health**, v. 4, e525-e533, 2016. Disponível em: DOI:10.1016/S2214-109X(16)30135-8.

CAPÍTULO 2

AVALIAÇÃO DO EFEITO DOS NOVOS CRITÉRIOS PARA NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

**Ana Carolina Klein, Denise Siqueira de Carvalho,
Vanessa Peres de Souza**

Introdução

No ano de 2015 ocorreram 22.800 casos de sífilis congênita na América Latina, com uma taxa de incidência de 1,7 caso para cada mil nascidos vivos (OPAS, 2019). O Brasil é responsável por 85% dos casos da região e entre 2010 e 2015 os casos notificados no país duplicaram. Em 2017 a taxa de incidência no Brasil chegou a 8,6 casos para cada mil nascidos vivos e, embora a certificação da eliminação da transmissão vertical (materno-infantil) da sífilis seja uma das metas a serem alcançadas pelo Ministério da Saúde, há um grande trabalho a ser feito (Brasil, 2018). Conforme os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a obtenção do certificado, a taxa de incidência de sífilis congênita deve ser menor ou igual a 0,5 caso para cada mil nascidos vivos (OMS, 2021).

Apesar de ser um agravo conhecido há séculos, ter tratamento disponível e eficaz permanece como um persistente desafio para a saúde pública. A transmissão vertical é uma das formas de contágio da doença, e pode ocorrer durante todo o curso da gestação e, sem o tratamento adequado, pode trazer sequelas graves para a criança (Koremromp *et al.*, 2019). A penicilina benzatina, medicamento indicado para o tratamento, previne cerca de 97% da transmissão vertical da sífilis, reduz em 80% o risco de abortamento e morte neonatal, e diminui em mais de 60% a chance de nascimento prematuro (Blencowe, 2011).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional desde o ano de 1986 e a sífilis na gestante desde 2005. A introdução da notificação compulsória da sífilis adquirida evidenciou a magnitude do agravo na população brasileira, registrando o seu aumento progressivo no período de 2010 a 2017. A maior cobertura de testagem rápida, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais em administrar penicilina nas unidades básicas de saúde, diminuição do abastecimento de penicilina e a melhora da vigilância contribuíram para o crescimento de 5 vezes da taxa de sífilis em gestantes em 2017 comparado a 2010, passando de 3,5 para 17,2 casos a cada mil nascidos vivos no território nacional (Brasil, 2018). Os esforços para ampliar a detecção precoce da sífilis no pré-natal, como a disponibilização de testes rápidos na atenção

básica, no entanto, não implicaram a diminuição da sífilis congênita, visto que o diagnóstico precoce não garantiu o tratamento adequado da gestante. Pelo contrário, essa taxa aumentou 3,6 vezes no país entre 2010 e 2017. No ano de 2017 foram notificados 24.666 casos, correspondendo a 13% de todas as notificações de sífilis congênita dos últimos vinte anos (Brasil, 2018).

A qualidade da vigilância da sífilis congênita ainda requer aprimoramento, avaliação e controle de qualidade, evidenciado pelo alto índice de subnotificação de casos por parte de muitos países globais (OMS, 2021). O Brasil, embora tenha reduzido a subnotificação da sífilis adquirida, da sífilis na gestação e da sífilis congênita, ainda apresenta possibilidades de melhoria na qualidade de suas ações. Segundo a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), isso pode estar relacionado ao fato de que muitos países utilizam diferentes critérios para definição de caso de sífilis congênita não alinhados à definição internacional, aliado à testagem insatisfatória das gestantes durante o pré-natal e a insuficiência de dados nacionais informatizados sobre a assistência materno-infantil nesses países (OPAS, 2017).

Em outubro de 2017 o Ministério da Saúde do Brasil alterou os critérios de definição de caso para sífilis congênita vigentes desde 2004, a fim de que se adequassem às recomendações internacionais da OPAS e OMS (Brasil, 2017). A adequação brasileira, porém, se deu de maneira parcial, visto que as doses de penicilina consideradas adequadas para o tratamento da gestante ainda contemplam a fase clínica da doença. A definição de caso da OMS não prevê o tratamento do parceiro e, diferente da normativa brasileira, aceita como tratamento adequado pelo menos uma dose de penicilina iniciada antes de 30 dias do parto, não citando a adequação da dose à fase da doença (OMS, 2021). Em síntese, a notificação de sífilis congênita considera três elementos-chave para a definição de caso: alterações laboratoriais do recém-nascido, presença de sinais e sintomas clínicos da sífilis congênita e adequação do tratamento materno. Na nova normativa brasileira, os dois primeiros permanecem inalterados. Em relação ao tratamento materno, a principal alteração consistiu em

desconsiderar o tratamento concomitante do parceiro sexual como categoria que qualifica o tratamento como adequado ou não; e o tratamento adequado da mãe passou a incluir: doses de penicilina benzatina adequadas para a fase da infecção, iniciadas até 30 dias anteriores ao parto.

Tal alteração de critérios pode implicar mudanças no número de notificações e taxa de incidência da doença, no seguimento ambulatorial do recém-nascido e, conseqüentemente, na situação epidemiológica do agravo. Assim, o objetivo deste trabalho consistiu em quantificar o efeito nas estimativas do número de casos de sífilis congênita decorrente da mudança de critérios de definição de caso adotada pela Nota Informativa SEI-002/2017 do Ministério da Saúde na confirmação de casos desse agravo quando comparado com os critérios anteriores.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. As informações foram obtidas através de dados secundários, oriundos dos Sistemas de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), e prontuário eletrônico (Atenção Primária, Serviço Especializado e Maternidade).

Foram analisados os casos de crianças expostas à sífilis gestacional no período de 2015 a 2017 e suas mães, atendidas no momento do parto na maternidade pública, a qual corresponde a uma média de atendimento de 60% dos nascimentos do município. Esse serviço de saúde é a referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento de pré-natal de alto risco e parto no município e região.

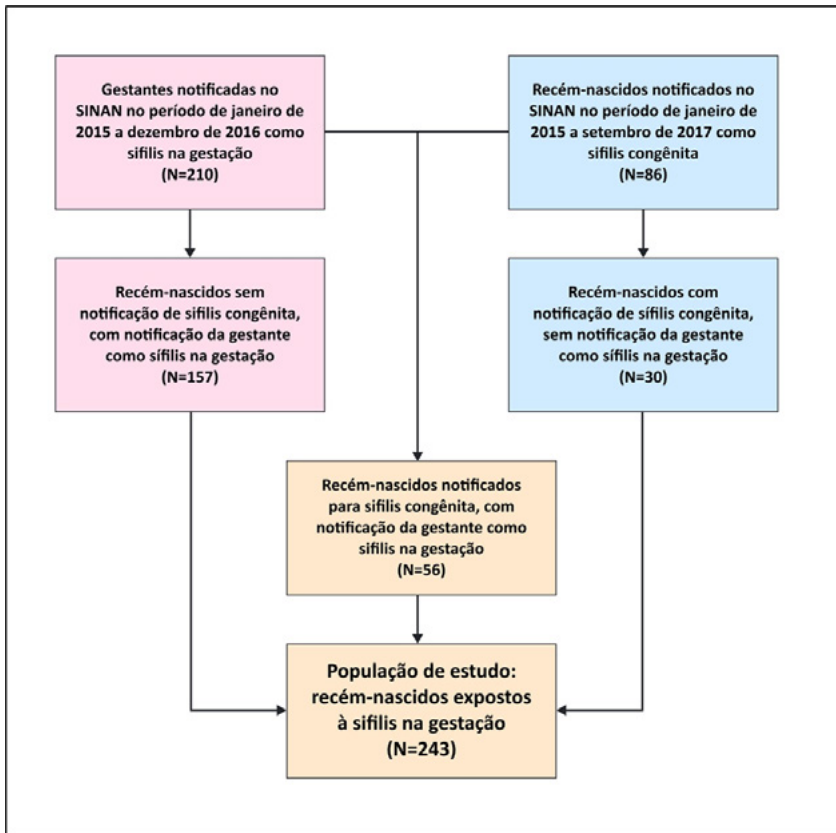
A análise consistiu em comparar os critérios de definição de caso para notificação compulsória de sífilis congênita vigentes no período do estudo com os critérios apresentados na norma do Ministério da Saúde vigentes a partir de outubro de 2017.

População do estudo

A população de estudo foi composta pelos recém-nascidos expostos à sífilis na gestação identificados a partir das fichas de notificação de sífilis em gestantes que foram registradas entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016 e das fichas de notificação de sífilis congênita registradas entre janeiro de 2015 e setembro de 2017. O período de notificação das fichas é distinto por se tentar identificar o desfecho da gestação das gestantes de 2015 e 2016. Além disso, determinou-se setembro como mês de corte devido ao limite de desfecho das gestações de 2016 e pela mudança da definição de caso ter ocorrido no mês de outubro de 2017.

A listagem das gestantes permitiu a identificação do desfecho (recém-nascido) de cada gestação e a listagem de bebês com sífilis congênita permitiu a identificação da gestante (mãe) de cada bebê notificado. O cruzamento das duas listagens permitiu a montagem da população de estudo. Após a comparação dos registros, a listagem final dos casos da população de estudo consistiu-se: a) pelos casos coincidentes (mãe e bebê), b) pelos casos em que uma das partes havia sido notificada (apenas mãe ou apenas o bebê), sendo que os dados respectivos à outra parte foram complementados por informações de prontuário eletrônico e/ou SINASC. A Figura 1 demonstra a composição da população de estudo, que resultou em 243 registros de gestantes e crianças expostas à sífilis.

Figura 1 - Delimitação da população de estudo



Fonte: elaborado pelo autor (2023)

Como critérios de exclusão, definiu-se: notificação fora do período selecionado (por exemplo, sífilis congênita notificada posteriormente a setembro de 2017), registro de nascimento em outra maternidade (por não possibilitar acesso ao prontuário eletrônico), óbito fetal (por não possibilitar avaliação da conduta frente ao recém-nascido).

Dentre os anos de 2007 a 2017 foram notificados cerca de 7.177 casos de sífilis em gestantes no Estado de Santa Catarina

(Brasil, 2018), sendo que 17,8% dos casos se referem à área do município-alvo do estudo. Quanto à transmissão vertical da sífilis, dentre os anos de 2007 a 2017, 14,4% dos casos de sífilis congênita pertenciam ao município do estudo (Brasil, 2022). No município, a taxa de detecção de sífilis congênita chegou a 3,9 casos para cada mil nascidos vivos em 2015, 4,7 casos em 2016 e 7,4 casos em 2017.

Coleta e análise de dados do estudo

A coleta de dados se dividiu em quatro etapas: (1) coleta de dados no SINAN das fichas de notificação de sífilis em gestante e sífilis congênita; (2) coleta de dados em prontuário eletrônico na maternidade a fim de identificar os dados de gestantes e crianças não notificadas e complementar os dados não encontrados nas fichas de notificação; (3) coleta de dados no SINASC para complementar informações do perfil das crianças expostas; (4) coleta de dados em prontuário na atenção primária e no serviço especializado para identificar o segmento ambulatorial da criança exposta à sífilis. Nos casos de divergência de informações, foram considerados os dados do prontuário por serem mais recentes.

A análise de dados, assim como a coleta, foi realizada em etapas. A primeira etapa consistiu em avaliar as informações contidas em cada registro e traçar o perfil da população estudada, classificando as crianças expostas como crianças saudáveis e crianças com sífilis, conforme presença da notificação de sífilis congênita. As variáveis utilizadas para a análise descritiva incluíram peso ao nascer, Apgar no primeiro e quinto minuto de vida, prematuridade, número de consultas de pré-natal, idade materna, escolaridade materna, raça materna e momento do diagnóstico da sífilis na gestação.

Após a descrição da população de estudo, a análise buscou aplicar os critérios de definição de caso para sífilis congênita vigentes no período em todos os registros (notificados e não notificados) a fim de identificar se havia falhas de registro e/ou subnotificação. Foram consideradas as seguintes variáveis: adequação do tratamento materno, comparação entre o valor de VDRL materno e do recém-nascido, presença de sinais e sintomas característicos da sífilis congênita, presença de alteração liquórica.

Essa segunda etapa da análise permitiu a identificação de casos subnotificados, sendo necessária a criação de uma nova variável para a análise seguinte, que consistia em: criança exposta com critério para notificação (sim ou não). A variável foi comparada com outra já existente no banco, a qual identificava a presença de notificação no SINAN das crianças expostas (sim ou não). O cruzamento entre as duas variáveis resultou no número de casos subnotificados, permitindo a visualização de uma situação ideal de notificações.

A etapa seguinte consistiu em avaliar o impacto da mudança de critérios de definição de caso para sífilis congênita adotados pela nova norma do Ministério da Saúde. Para tanto, foram comparadas as três variáveis categorizadas a seguir: (1) presença de notificação no SINAN das crianças expostas (sim ou não); (2) criança exposta com critério para notificação (sim ou não) e (3) crianças expostas com critério para notificação segundo nova norma (sim ou não). O cruzamento entre as variáveis 1 e 3 identificou as crianças notificadas e não notificadas segundo a situação real de notificações do município, com aplicação da nova norma, sem considerar as subnotificações. O cruzamento entre as variáveis 2 e 3 possibilitou a análise do impacto da nova norma numa situação ideal de notificações para sífilis congênita, bem como caracterizar o perfil das crianças expostas que deixariam de ser notificadas segundo a nova norma.

A parte final da análise avaliou o tratamento e o seguimento ambulatorial das crianças expostas que não seriam notificadas na nova norma, mas que foram ou deveriam ter sido notificadas na norma anterior.

Os dados foram organizados em planilha Excel e a análise descritiva da população de estudo se deu através de frequências absoluta e relativa, utilizando-se os testes de chi-quadrado e exato de Fisher, com cálculos feitos pelo programa Epi-Info (versão 7.2).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR sob o número 2.552.550, na data de 20/03/2018.

Resultados

A população de estudo consistiu em 243 crianças expostas à sífilis durante a gestação, sendo que 213 foram identificadas a partir da notificação da sífilis na gestante (incluindo três casos de gemelaridade) e 86 identificadas a partir da notificação de sífilis congênita. O cruzamento das fichas de notificação resultou em 56 registros coincidentes, em que ambos eram notificados, e em 30 não havia registro de notificação de sífilis materna, representando 12,4% de subnotificação nas gestantes.

Os casos notificados de sífilis congênita (n=86) representaram 35,4% das crianças do estudo. Em comparação às crianças sem notificação (Tabela 1), os casos notificados apresentaram prematuridade com maior frequência (25,6% e 11,0%, $p=0,003$). Além disso, tiveram um número menor de consultas de pré-natal: 20,9% desses casos estiveram em 3 consultas ou menos, comparado a 3,9% entre as crianças não notificadas. Não foi observada diferença entre os dois grupos em relação às variáveis peso ao nascer, Apgar 1º e 5º minuto, idade, raça e escolaridade materna.

Tabela 1 - Perfil das crianças expostas à sífilis materna durante a gestação conforme notificação para sífilis congênita

	Notificados (n=86)		Não notificados (N=157)		p (chi ²)
	N	%	N	%	
Peso ao nascer (N=240)**					
Baixo peso (<2500g)	12	14	11	7,1	0,0856
Peso adequado	74	86	143	92,9	
Apgar 1º minuto (N=240)**					
Menor que 7	13	15,1	14	9,1	0,1567
Maior/igual a 7	73	84,9	140	90,9	
Apgar 5º minuto (N=240)**					
Menor que 7	3	3,5	3	1,9	0,7378*
Maior/igual a 7	83	96,5	151	98,1	
Prematuridade (N=240)**					
Sim	22	25,6	17	11	0,0034
Não	64	74,4	137	89	

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Número de consultas de pré-natal (N=240)**					
Até 3 consultas	18	20,9	6	3,9	p<0,001
De 4 a 6 consultas	28	32,6	49	31,8	
7 consultas ou mais	40	46,5	99	64,3	
Idade materna (N=243)					
10 a 19 anos	17	19,8	47	29,9	0,1854
20 a 34 anos	64	74,4	99	63,1	
35 anos ou mais	5	5,8	11	7	
Escolaridade materna (N=187)**					
Fundamental incompleto	29	40,3	48	41,7	0,0454
Fundamental completo	26	36,1	40	34,8	
Ensino médio completo ou mais	17	23,6	27	23,5	
Raça materna (N=240)**					
Branca	71	83,5	134	86,5	0,5396
Não branca	14	16,5	21	13,5	

**Valor de p conforme Teste Exato de Fisher; **N de participantes desconsiderados e ignorados.

Fonte: elaborado pelo autor (2023).)

Das 243 crianças incluídas no estudo, 157 não foram notificadas como sífilis congênita. No entanto, 63 apresentavam critérios suficientes para a notificação, correspondendo a 42,3% das crianças que deveriam ser notificadas (Tabela 2). O tratamento inadequado da mãe durante a gestação foi o principal critério não observado (84,1%) entre as 63 crianças subnotificadas (p<0,001).

Tabela 2 - Presença de critérios de notificação de sífilis congênita em crianças notificadas e não notificadas

Adequação do tratamento materno (N=149)	Notificados (n=86)		Não notificados (n=63)		p (chi ²)
	N	%	N	%	
Inadequado	86	100	53	84,1	p<0,001*
Adequado	0	0	10	15,9	
Comparação entre VDRL materno e recém-nascido (N=147)**					
Maior que o materno	6	7,1	8	12,9	0,2338
Menor/igual ao materno	79	92,9	54	87,1	
Presença de sinais e sintomas característicos da sífilis congênita, conforme descrição em prontuário (N=149)					
Sintomático	7	8,1	2	3,2	0,3667*
Assintomático	79	91,9	61	96,8	
Presença de alteração líquórica no recém-nascido (N=149)					
Alterado	3	3,5	2	3,2	p<0,001
Sem alterações	79	91,9	0	0	
Não realizado/Não registrado em prontuário	4	4,7	61	96,8	

**Valor de p conforme Teste Exato de Fisher; **Valor de referência desconsiderando ignorados.

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Considerando-se os critérios para a notificação de sífilis congênita à época, das 243 crianças expostas à sífilis, 149 seriam casos a serem notificados (61,3%). Ao se considerar a nova normativa (Tabela 3), observou-se que dentre essas 149 crianças, apenas 132 (88,6%) se manteriam como casos de sífilis congênita e 17 (11,4%) deixariam de ser notificadas devido à alteração no critério inadequação do tratamento da mãe, que passaria a adequado. As demais 94 (38,7%) não seriam notificadas em nenhuma das situações.

Tabela 3 - Perfil das crianças expostas à sífilis após comparação das normativas do Ministério da Saúde

	Notificada de acordo com ambas (n=132)		Não notificada de acordo com ambas (n=94)		p	Não notificada de acordo com a nova norma (n=17)		p
	N	%	N	%		N	%	
Peso ao nascer								
Baixo peso (<2500g)	16	12,2	6	6,6	0,1739	1	4,9	0,7837*
Peso adequado	116	87,9	85	93,4		16	94,1	
Apgar 1º minuto								
Menor que 7	14	10,6	11	12,1	0,7303	2	11,8	>0,9999*
Maior/igual a 7	118	89,4	80	87,9		15	88,2	
Apgar 5º minuto								
Menor que 7	3	2,3	2	2,2	>0,9999*	1	5,9	0,7746*
Maior/igual a 7	129	97,7	89	97,8		16	94,1	
Prematuridade								
Sim	28	21,2	8	8,8	0,0132	3	17,6	>0,9999*
Não	104	78,8	83	91,2		14	82,4	
Número de consultas de pré-natal da mãe								
Até 3 consultas	21	15,9	3	3,3	0,0097	0	0	0,2171
De 4 a 6 consultas	41	31,1	29	31,9		7	41,2	
7 consultas ou mais	70	53	59	64,8		10	58,8	
Idade materna								
10 a 19 anos	29	22	29	30,8	0,2591	6	35,3	-
20 a 34 anos	95	72	58	61,7		10	58,8	
35 ou mais	8	6	7	7,5		1	5,9	
Escolaridade materna**								
Fundamental incompleto	40	37,4	29	42,6	0,6594	8	66,7	0,1419
Fundamental completo	39	36,4	25	36,8		2	16,7	
Ensino médio completo ou mais	28	26,2	14	20,6		2	16,7	

Raça materna								
Branca	111	84,1	83	89,2	0,3978	11	64,7	0.0879*
Não branca	19	15,9	10	10,8		6	35,3	
Momento do diagnóstico materno								
Durante o pré-natal	119	90,1	94	100	0,002	17	100	0.3768*
Durante o parto	13	9,9	0	0		0	0	
Esquema								
Penicilina Cristalina	84	63.6	4	4.3	p<0,001	8	47.1	p<0,001
Penicilina Procaína	19	14.4	0	0		2	11.7	
Penicilina Benzatina	20	15.1	74	78.7		6	35.3	
Outro Esquema	8	6.1	0	0		0	0	
Não realizado	1	0.8	16	17.0		1	5.9	

*Valor de p conforme Teste Exato de Fisher; **Valor de referência desconsiderando ignorados.

Fonte: elaborado pelo autor (2023)

O perfil das 17 crianças que deixariam de ser notificadas como sífilis congênita pela nova normativa evidenciou que proporcionalmente foram mais semelhantes às crianças sem notificação para sífilis congênita, exceto no item prematuridade, proporção que se assemelhou às crianças notificadas para sífilis. A cor não branca (35,3%), a baixa escolaridade materna (66,7%) e o baixo Apgar no quinto minuto (5,9%) foram maiores nas crianças não notificadas na nova normativa, quando comparado aos demais grupos (Tabela 3).

Entre os 17 casos que deixariam de ser notificados, 47,1% receberam tratamento com penicilina cristalina, 11,7% com penicilina procaína e 35,3% receberam pelo menos uma dose de penicilina benzatina (tabela 3). Os demais 5,9% não receberam tratamento. A consulta aos prontuários revelou que apenas três compareceram ao ambulatório para acompanhamento da exposição à sífilis (17,6%); dessas, duas não retornaram em segunda consulta (11,7%) e apenas uma teve seguimento até a alta (5,9%). Apenas uma criança apresentou registro de exame de VDRL solicitado por médico

de família na unidade básica de saúde (5,9%). As demais não apresentaram registro de agendamento de consulta com especialista ou menção no prontuário sobre exposição à sífilis materna durante a gestação (76,4%).

Discussão

O município onde o estudo ocorreu é o maior do estado, tendo uma população residente de aproximadamente 562 mil habitantes em 2015 (IBGE, 2016), ano em que nasceram 8.402 crianças (Brasil, 2016). Na maternidade onde os dados foram coletados ocorrem cerca de 60% dos nascimentos do município, sendo o único estabelecimento público para esse fim na região. Durante os anos da realização do estudo, a taxa de incidência da sífilis congênita no município aumentou de 3,9 em 2015 para 7,3 em 2017 (Brasil, 2022), seguindo a tendência do aumento estadual (Brasil, 2018). A média das taxas de incidência do município de 2015 a 2017 foi de 5,3 casos para cada mil nascidos vivos (Brasil, 2022), valor inferior ao observado na maternidade onde ocorreu o estudo, que registrou uma taxa de incidência de 5,9 casos para cada mil nascidos vivos no mesmo período.

A eliminação da sífilis congênita consiste em um desafio arrojado a ser alcançado pelo país. A taxa estipulada pela OMS e OPAS requer uma queda significativa dos números de casos de transmissão vertical da sífilis, não sendo desejável mais de 0,5 casos para cada mil nascidos vivos (OMS, 2021). A modificação dos critérios de definição de caso para notificação da sífilis congênita busca a meta de redução da incidência e a equiparação aos critérios internacionais a fim de possibilitar a comparação entre os dados epidemiológicos de diferentes regiões (OPAS, 2019).

O impacto da nova norma representou uma diminuição de 17 casos de sífilis congênita (11,4%) no presente estudo, mudança decorrente da adequação do tratamento materno que passou a desconsiderar o tratamento concomitante da parceria sexual. Apesar de não ser considerado nos critérios de definição de caso, o tratamento da parceria sexual é imprescindível para o tratamento adequado da gestante, visto que há possibilidade de reinfeção, mesmo que

ela já tenha sido tratada. Além disso, a infecção e o não tratamento da parceria estão associados a desfechos desfavoráveis na gestação (Parkes-Ratanshi *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2019). No entanto, há evidências de que apenas 14% das gestantes têm seus parceiros tratados (Brasil, 2018). Dessa forma, permanece um indicador importante para o monitoramento das medidas contra a sífilis congênita.

A nova norma intensifica a importância da melhoria da qualidade do pré-natal, a qual adquire prioridade, e evidencia que os esforços para o controle da sífilis congênita se darão pelas estratégias de captação precoce das gestantes, testagem para sífilis em tempo oportuno, com seguimento e acompanhamento da gestante diagnosticada com sífilis durante o pré-natal, parto e puerpério, além da atenção à criança até os 18 meses de vida, a fim de que não se perca o seguimento ambulatorial. Entretanto, ainda são necessários avanços na qualidade do acompanhamento da gestante durante o pré-natal. Entre os casos notificados de sífilis congênita de 1998 a 2021, apenas 52,2% das gestantes foram diagnosticadas durante o pré-natal (Brasil, 2021). Neste estudo, apenas 64,6% das gestantes tiveram seu diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, evidenciando significativas falhas na assistência, incluindo a inadequação de tratamento materno e controle de cura da sífilis na gestação.

É evidente que as notificações não representam fidedignamente a realidade da sífilis congênita no município, visto que houve subnotificação de 42,3% dos casos. A subnotificação de sífilis constitui um problema de escala nacional, sendo observada em diversos estados do país (Lafetá *et al.*, 2016; Nonato *et al.*, 2015). Estudos realizados em dois municípios da Região Nordeste do país relataram ausência de notificação para mais de 80% das mortes por sífilis congênita (Belo *et al.*, 2021; Canto *et al.*, 2019). É imprescindível que os profissionais envolvidos recebam treinamento adequado sobre a vigilância do agravo, visto que esses dados são de extrema importância para a avaliação do cenário epidemiológico e análise do impacto das medidas de saúde pública.

Das 63 subnotificações para sífilis congênita, a maioria correspondia principalmente ao critério de tratamento inadequado da

mãe, evidenciada a falta de sintomas de sífilis congênita precoce. Embora ocorrida a ausência da notificação, as crianças com alterações clínicas e laboratoriais receberam tratamento, observando-se uma dissociação entre conduta clínica e de vigilância epidemiológica. A sífilis congênita é assintomática em mais de 50% dos casos (Uku *et al.*, 2021), e dessa forma, a avaliação cautelosa das crianças expostas à sífilis materna durante a gestação é fundamental para que não ocorram sinais tardios da doença, a partir do segundo ano de vida.

O excesso de cuidado dos profissionais na maternidade, além da prevenção da sífilis congênita tardia, se justifica também pelo não seguimento das crianças, evidenciado pela literatura (Lago *et al.*, 2013; Cavalcante *et al.*, 2019; Feliz *et al.*, 2016) e demonstrado no estudo que apenas 5,9% das crianças foram acompanhadas até alta ambulatorial. O abandono do seguimento dessas crianças representa um risco de sífilis congênita tardia, evidenciado pela falta de registro relacionado à sífilis nos prontuários bem como na falta às consultas com especialista. No universo da população de estudo, as 17 crianças representam cerca de 11% das crianças que seriam notificadas para sífilis segundo a norma anterior.

Uma das limitações do estudo é a utilização de dados secundários. Por obter informações dos sistemas de vigilância e dos prontuários, não é possível avaliar a qualidade dos dados. No estudo foram encontradas divergências entre as fichas de notificação da gestante e da criança, sugerindo inconsistência no preenchimento das mesmas. Da mesma forma, a análise foi limitada às variáveis presentes nos sistemas utilizados e nos prontuários, o que pode ter resultado na omissão de fatores relevantes para o estudo. Além disso, a população estudada restringiu-se a crianças nascidas no sistema público de saúde, portanto não incluiu dados da rede privada. Desse modo, é possível que os resultados encontrados não sejam representativos de todo o município.

O alcance da meta de eliminação da sífilis congênita pelo município exige melhoria da vigilância do agravo, da qualidade da assistência pré-natal (incluindo captação precoce da gestante, ampliação da testagem e tratamento para sífilis em tempo oportuno,

acompanhamento da sífilis no pré-natal), da qualificação dos profissionais, na divulgação dos protocolos e adequação da conduta da maternidade às normativas do Ministério da Saúde.

Ainda que a nova normativa busque se adequar às normativas internacionais, o otimismo em relação ao seguimento e acompanhamento das crianças expostas pode ser um risco para gerações futuras, já que estudos demonstram taxas robustas de abandono de seguimento de crianças nascidas de mãe com sífilis gestacional (Lago *et al.*, 2013; Cavalcante *et al.*, 2019; Feliz *et al.*, 2016). A vigilância do agravo necessita ser aprimorada, tendo em vista os altos índices de subnotificação evidenciados pelo estudo. Por se tratar de uma continuidade de cuidado, optar pela transformação das fichas de investigação de sífilis em gestante e sífilis congênita em uma ficha binômio seria uma das alternativas para minimizar os casos subnotificados e para alertar o serviço de saúde quanto ao seguimento necessário.

Referências

BELO, M.M.A. *et al.* Estimativa da subnotificação dos óbitos por sífilis congênita no Recife, Pernambuco, 2010-2016: relacionamento entre os sistemas de informações sobre mortalidade e de agravos de notificação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/jCGPLJLQHLLxrBT89sh4fhHw/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

BLENCOWE, H. *et al.* Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, v. 11 (Supl. 3), S9, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S9>. Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, Brasília, v. 49, n. 45, 2018. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, Brasília, ano V, n. 1, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/sifilis/boletim_sifilis_2021_internet.pdf/view. Acesso em: 27 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Informativa no 02-SEI/2017**: altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsms>. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros**. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Nascidos vivos em Santa Catarina**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>. Acesso em: 31 maio 2022.

CAVALCANTE, A.N.M. *et al.* Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, 2019. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/fatores-associados-ao-seguimento-naoadequado-de-criancas-com-sifilis-congenita/>. Acesso em: 19 mar. 2022.

CANTO, S.V.E. *et al.* Fetal and infant mortality of congenital syphilis reported to the Health Information System. **PLOS ONE**, v. 14, n. 1, e0209906, 4 jan. 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0209906>. Acesso em: 14 abr. 2022.

FELIZ, M.C. *et al.* Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto a sífilis e características associadas a interrupção do acompanhamento. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/5q9MDTSqYndgvgMBLBxxsvK/>. Acesso em: 19 mar. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População residente: estimativas para o TCU. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptsc.def>. Acesso em: 31 maio 2022.

KORENROMP, E.L. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLOS ONE**, v. 14, n.

2, e0211720, 27 fev. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6392238/>. Acesso em: 27 maio 2022.

LAFETA, K.R.G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 63-74, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dD66wTDCqQrXG3tzt6PqDYx/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

LAGO, E.G.; VACCARI, A.; FIORI, R.M. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 40, n. 2, p. 85-94, 2013. Disponível em: https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2013/02000/clinical_features_and_follow_up_of_congenital.1.aspx. Acesso em: 19 mar. 2022.

NONATO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARAES, M.D.C. Sífilis na gestação e fatores associados a sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/8f3Qgdr6QwNR37YPGM4TTYM/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus**. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>. Acesso em: 31 maio 2022.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021**. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>. Acesso em: 31 maio 2022.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016**. Washington, D.C.: OPAS, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34072>. Acesso em: 30 abr. 2018.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.

New generations free of HIV, syphilis, hepatitis B, and

Chagas disease in the Americas 2018. Washington, D.C.:

OPAS, 2019. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50993/9789275120675_eng.pdf. Acesso em: 19 mar. 2022.

PARKES-RATANSKI, R. *et al.* Low male partner attendance after syphilis screening in pregnant women leads to worse birth outcomes: the Syphilis Treatment of Partners (STOP) randomised control trial. **Sexual Health**, v. 17, n. 3, p. 214-222, 2020.

Disponível em: <https://www.publish.csiro.au/sh/SH19092>. Acesso em: 14 abr. 2022.

UKU, A. *et al.* Syphilis in pregnancy: the impact of “the Great Imitator”. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 259, p. 207-210, 2021.

Disponível em: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(21\)00022-1/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(21)00022-1/fulltext). Acesso em: 31 maio 2022.

ZHANG, X. *et al.* Differences in maternal characteristics and pregnancy outcomes between syphilitic women with and without partner coinfection. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, 2019.

Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2569-z>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CAPÍTULO 3

CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NO ATRASO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

**Lígia Lopes Ribeiro, Denise Siqueira de Carvalho, Marilene da
Cruz Magalhães Buffon**

Introdução

A ingestão de bebida alcoólica é um hábito presente na maioria das populações e se insere diferentemente entre as culturas mundiais. Seu uso data desde a pré-história, inicialmente foi utilizada pela fermentação das frutas e posteriormente com a fabricação artesanal de vinho e cerveja pelos povos romanos, gregos e egípcios (Tacon *et al.*, 2017). Apesar da aceitação social, o álcool é uma droga psicotrópica que atua diretamente sobre sistema nervoso central (SNC), provoca mudança de comportamento e tem potencial para causar dependência (Silva *et al.*, 2019). No Brasil, de acordo com Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (2017) a dependência do álcool atinge cerca de 5 a 10% da população. E conforme o II LENAD (Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, 2014), 10,5% dos homens e 3,6% das mulheres são consumidores compulsivos de álcool, sendo a prevalência geral de alcoolismo na população de 6,8%.

O consumo de bebidas alcoólicas por mulheres vem aumentando nos últimos anos, esta tendência pode estar associada à ampliação de seu espaço no mercado de trabalho além de outros fatores relacionados a educação e aumento de sua autonomia (Campos; Reis, 2010; BMA, 2016). Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que mulheres com idades compreendidas entre 16 e 24 anos bebem menos frequente do que as mais velhas, porém, são mais propensas a se embriagarem (BMA, 2016). Uma grande preocupação da ingestão de álcool pela classe feminina é porque quando consumido em período gestacional, o álcool pode ocasionar sérios danos à saúde física e mental do feto (Santos; Souza, 2014; Ramalho; Santos, 2015).

A ingestão de álcool pela gestante pode acarretar uma interferência no desenvolvimento normal do feto, proporcionando potencial morte celular ou ainda uma inibição em seu crescimento, pois a droga atravessa facilmente a placenta (BMA, 2016). O álcool expõe o feto à teratogenicidade e risco aumento de desenvolver doenças perinatais severas tais como as infecções com sequelas neurológicas e/ou respiratórias, a prematuridade, déficit de crescimento intra e extra útero, além da malformação e do sofrimento

fetal. O álcool tem um efeito vasoconstritor tanto no cordão umbilical quanto na placenta, ele atinge a placenta através do sangue da mãe, atingindo o líquido amniótico e o feto. A exposição fetal se dá nas mesmas concentrações do sangue da mãe, porém devido ao metabolismo mais lento e conseqüentemente a eliminação também, o líquido amniótico fica impregnado de álcool não modificado (etanol) e acetaldéido (metabólito do etanol, acarretando um incremento na duração da exposição do feto devido à redução do fluxo sanguíneo (Grinfeld, 2009). A ação específica do álcool ainda é desconhecida, não se sabe sua exata atuação como agente teratogênico, embora várias alterações tenham sido documentadas e relacionadas aos efeitos do consumo no período gestacional. Também já se observa que os efeitos teratogênicos estão relacionados com o nível de exposição fetal e ao período gestacional em que ela ocorre (Zanoti-Jeronymo *et al.*, 2014).

Nos últimos 40 anos houve maior preocupação com relação às conseqüências da exposição fetal ao álcool, o resultado desta exposição pode ser expresso através do termo guarda-chuva Desordens do Espectro Alcoólico Fetal (FASD), o qual foi criado para abranger diferentes diagnósticos (Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) completa e parcial; Defeitos Congênitos Relacionados ao Álcool (ARBD); Transtorno do Desenvolvimento Neurológico Relacionado ao Alcool (ARND). Estas desordens descrevem efeitos e sequelas que podem acometer indivíduos filhos de mães que utilizaram alguma dose de bebida alcoólica durante a gestação (BMA, 2016).

No espectro abrangente da FASD a SAF expressa o maior comprometimento neuropsiquiátrico que pode acometer um ser humano que teve contato com o álcool intraútero, acarretando sequelas permanentes e limitantes. Seus efeitos decorrem da interferência na formação do cérebro, mas especificamente na proliferação normal e migração dos neurônios que não conseguem desenvolver e desempenhar suas funções adequadamente em determinadas estruturas, acarretando alterações congênitas que se caracterizará por uma tríade sintomática que inclui obrigatoriamente, dismorfismo facial, prejuízo no desenvolvimento pré e pós-natal e anormalidades

no Sistema Nervoso Central (SNC) (Roozen *et al.*, 2016). Crianças que sofreram exposição fetal ao álcool também podem apresentar comprometimentos emocionais e comportamentais que poderão interferir em seu convívio, bem como uma capacidade de adaptação reduzida e déficit em suas habilidades comparadas com crianças na mesma faixa etária, além de apresentarem problemas em sua socialização e comunicação (Santos *et al.* 2014).

A SAF é considerada um importante problema de saúde pública que afeta tanto a criança como sua família, uma vez que acontece exclusivamente devido à exposição fetal ao álcool e é, portanto, completamente evitável. O rastreamento da ingestão do álcool durante a gestação é uma importante ferramenta para ações de promoção e prevenção em saúde relacionadas a SAF e demais distúrbios alcoólicos (Lopez, 2017). A formulação de estratégias e políticas públicas em saúde que visam à redução e prevenção de uso de álcool durante a gestação necessita urgentemente do conhecimento da magnitude desse problema. Com isso, o presente estudo objetivou medir a prevalência, caracterizar o consumo de álcool entre gestantes de um município da região metropolitana de Curitiba, PR, conhecer possíveis fatores associados e avaliar seus conceitos.

Método

Este estudo seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e obteve autorização da secretaria municipal de Saúde e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR) através do parecer nº 2.094.762. Todas as participantes concordaram livremente em participar deste estudo após os devidos esclarecimentos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi realizado em um município da região metropolitana de Curitiba, Paraná, o qual apresenta uma população aproximada de 25 mil habitantes, com um IDH de 0,701 ocupando a 227ª posição na classificação estadual e a 1.886ª no ranking nacional. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo entre mulheres residentes no município com história de partos naturais ou cirúrgicos

e respectivos conceitos, ocorridos no período de 1º de junho a 31 de dezembro de 2016. O critério de inclusão foi ser maior de 15 anos de idade. Os critérios de exclusão foram mulheres analfabetas que não indicaram um representante alfabetizado para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido; que não residiam mais na área do município na ocasião da pesquisa; mulheres que se encontravam enfermas ou cujo conceito havia ido a óbito no período anterior à pesquisa, por respeito a mulher por se tratar de momento inoportuno e no caso de óbito por não ser possível realizar a avaliação da criança; mulheres indígenas.

Foram utilizados quatro instrumentos para obtenção dos dados da pesquisa: O questionário Tolerance, Annoyed, Cutdown e Eye-opener (T-ACE), um teste de pré-triagem para a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) da criança, a Declaração de Nascido Vivo (DNV) e um formulário estruturado pelo pesquisador composto por 17 questões fechadas voltadas à obtenção de informações sobre pré-natal, trabalho, e os hábitos de ingestão de álcool na gravidez caso houvesse.

Desenvolvido por Sokol *et al.* em 1989, T-ACE é um instrumento de rastreamento do uso de álcool por gestantes, visa à identificação de padrões de risco para o consumo de álcool e tem por objetivo identificar casos de fetos em riscos para o desenvolvimento da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Este questionário tem por composição quatro questões norteadoras que permitem avaliar a tolerância que a mulher tem ao álcool, o aborrecimento da mesma em relação às críticas de terceiros e parentes acerca de seus hábitos de consumo de álcool, a percepção de sua necessidade de redução da ingestão de bebida alcoólica e a persistência e dependência da substância (Fabbri, 2002). Para cada questão do T-ACE há uma pontuação que pode variar entre 0 e 2 pontos. A questão um é a única que vai de 0 a 2 pontos, as demais vão de 0 a 1 ponto, apresentando ao final um total máximo de 5 pontos. A avaliação é realizada através do escore positivo (2 pontos ou mais) ou negativo (de 0 a 1 ponto) para o risco de consumo abusivo de álcool. E estas questões foram embutidas intercaladamente junto ao questionário elaborado pelo

pesquisador com o intuito de não gerar desconforto à participante do estudo ao ser abordado o tema.

O teste de pré-triagem utilizado para a avaliação do desenvolvimento das crianças foi o elaborado por PEREIRA *et al.*, (2008), que consiste na identificação de crianças sob risco de problemas em seu desenvolvimento neuropsicomotor através da observação de 5 itens, respectivos à cada faixa etária em que se encontra a criança, sendo eles: de 2 a 3 meses – observa a própria mão; junta as mãos; riso com gargalhada; mantém a cabeça 45° em decúbito ventral; sentado sustenta a cabeça; de 4 a 6 meses – leva objetos a boca; tenta alcançar brinquedo; puxado para sentar mantém a cabeça firme; senta com apoio; hipotonia fisiológica; de 7 a 9 meses – estranha as pessoas; pinça com três dedos; senta sem apoio; reflexo de para quedas, rola; de 10 a 12 meses – aponta para o que quer; bate palmas; fala papa e mama específicos; fica de pé sem apoio por instantes; dá passos com apoio. Para cada item avaliado as alternativas de respostas eram sim ou não, sendo necessário nesta avaliação obter todas as respostas positiva para ser considerado sem risco. Esta pré-triagem em hipótese alguma indicou um diagnóstico, mas permitiu identificar áreas em que uma criança diferiu em relação aos parâmetros esperados estabelecidos para a idade. A ausência de qualquer um dos itens descritos acima, na respectiva faixa etária, foi um sinal de alerta e as mães foram convidadas a se apresentar a uma consulta médica na Unidade Básica de Saúde de referência do seu domicílio, agendada pela própria pesquisadora.

As variáveis coletadas por consulta à DNV a aplicação do formulário estruturado foram: idade da mulher; situação conjugal (com/sem companheiro); escolaridade (menor de 4 anos completos de estudo/ 4 a 7 anos/ 8 a 11/12 anos ou mais); se trabalhava fora do domicílio (sim/não); local de residência (urbano/rural); tipo de gravidez (única/dois ou mais); número de consultas de pré-natal (nenhuma/1 a 3/4 a 6/ 7 ou mais consultas); trimestre de iniciado pré-natal (não realizou/1º. Trimestre/2º. Trimestre/ 3º. Trimestre); local de realização do pré-natal (não realizou pré-natal/ apenas no SUS/ apenas particular ou convênio/ SUS e particular ou convênio); tipo de parto (normal/cesárea); duração da gestação em semanas (menor que

31/32 a 36/37 a 41/42 ou mais); número de filhos vivos anteriores (nenhum/1 ou mais); número de filhos mortos anteriores (nenhum/1 ou mais); se realizou planejamento familiar (sim/não); se recebeu alguma orientação sobre a ingestão de bebidas alcoólicas na gravidez ou pós parto por parte dos profissionais de saúde que a assistiram durante o pré-natal (sim, fui bem informada/ sim, fui vagamente informada/ não, nenhum tipo de orientação/ não realizei pré-natal); consumo de bebidas alcoólicas (BA) alguma vez na vida (sim/não); consumo de bebida alcoólica em qualquer quantidade na gestação (sim/não); consumo de álcool após a ciência da gravidez (sim/não); localidade do consumo (domiciliar/residência de amigos ou familiares/bares e afins/outros), tipo de bebida consumida (cerveja/vinho/whisky/outras); frequência de uso de bebida alcoólica (1 a 2 vezes na semana/ 3 a 6 vezes na semana/ 1 a 3 vezes ao mês/ esporadicamente ou menos de 4 vezes na gestação); alguma influência para o consumo de bebidas (não/ sim dos pais/ sim dos avós/ sim do marido ou namorado/ sim, outros); há uso regular de álcool por familiar intra domiciliar (não/sim pelo marido ou namorado/ sim pelos pais/ sim por outros familiares/ sim por amigos ou outros); score do T-ACE (2/maior que 2). As variáveis relativas à criança foram: sexo, peso ao nascer (≤ 1500 g/1501 a 2500g/ 2501 a 4000g/ > 4000g), Apgar no 1º. e 5º. Minuto (1 a 6/ 7/8 a 10), presença de malformação congênita (sim/não), aplicação do questionário de suspeita de atraso no DNPM (sim/não).

Os dados foram digitados em planilhas Microsoft Excel® e analisados utilizando o programa computacional Stata/SE v.14.1. Stata Corp LP, USA. Os resultados obtidos foram descritos por frequências absolutas e percentuais. Para avaliação da associação entre variáveis categóricas foi usado o teste de Qui-quadrado. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Para as comparações múltiplas (comparações de grupos dois a dois) os valores de p foram corrigidos por Bonferroni. Para cada uma das variáveis analisadas, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as classificações da variável são iguais nos três grupos *versus* a hipótese alternativa de que as distribuições não são todas iguais. Para variáveis que apresentaram diferença significativa entre os grupos, foram feitas

as comparações dos grupos dois a dois. Para avaliação da exposição fetal ao álcool foram definidos três grupos de crianças de acordo com a exposição: 1. As que foram expostas a alguma quantidade de álcool durante o período intrauterino (n=39); as que foram expostas a alguma quantidade de álcool apenas durante o primeiro trimestre do período intrauterino (n=35); e aquelas que não foram expostas a nenhuma quantidade de álcool no período intrauterino (n=104). Para cada variável analisada se testou a hipótese nula de que as distribuições sobre as classificações da variável são iguais nos três grupos *versus* a hipótese alternativa de que as distribuições não são todas iguais.

Resultados E Discussão

Foram identificadas, através da DNV, 227 mulheres e após aplicação dos critérios de exclusão, 04 foram retiradas da amostra por serem menores de 15 anos de idade e 02 por se tratar de gestações gemelares. Ainda, do total de 221 elegíveis, houve perda de 19,4% por: recusa por parte da mãe (01), óbito da criança (01), internamento hospitalar da mãe (01), mudança do município de referência (12), endereço inexistente (07), mãe não localizada (motivos: endereço incompleto, mudança de bairro, ausência de cadastro nas UBS, etc) (21). Desta forma, a análise apresentada a seguir foi realizada com base nos dados de 178 participantes.

Para a análise estatística foram definidos três grupos de participantes de acordo com o consumo de bebida alcoólica (BA) durante a gestação:

- Ingeriu BA durante a gestação (n=39)
- Parou de ingerir BA ao confirmar a gravidez (n=35)
- Não ingeriu BA durante a gestação (n=104)

Inicialmente os grupos foram comparados quanto às características da gestante (Tabelas 1 a 3). Em seguida foi avaliado o efeito do consumo de BA na gestação (grupos) sobre as características da criança (Tabela 4).

Comparação dos grupos definidos pelo consumo de álcool durante a gestação em relação a características da gestante

Nas tabelas a seguir são apresentadas frequências e percentuais de casos de acordo com as classificações das variáveis e os grupos. Também são apresentados os valores de p dos testes estatísticos. Para variáveis que não atenderam o pressuposto do teste de Qui-quadrado quanto às frequências esperadas, não foi aplicado o teste.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da população estudada

Variável	Classificação	Consumo de álcool na gestação			p*
		Ingeriu BA durante a gestação (n=39)	Parou ao confirmar a gravidez (n=35)	Não ingeriu BA durante a gestação	
Idade (anos)	15 - 19	7 (18)	6 (17,1)	22 (21,2)	0,835
	20 - 24	7 (18)	10 (28,6)	30 (28,9)	
	25 - 29	14 (35,9)	11 (31,4)	28 (26,9)	
	30 ou mais	11 (28,2)	8 (22,9)	24 (23,1)	
Escolaridade	1 - 3 anos	0 (0)	4 (11,4)	4 (3,9)	0,243
	4 a 7 anos	5 (12,8)	1 (2,9)	9 (8,7)	
	8 - 11 anos	30 (76,9)	26 (74,3)	78 (75)	
	12 e mais	4 (10,3)	4 (11,4)	13 (12,5)	
Estado civil	1-Solteira	27 (69,2)	26 (74,3)	71 (68,3)	-
	2-Casada	9 (23,1)	8 (22,9)	29 (27,9)	
	3-União estável	2 (5,1)	0 (0)	2 (1,9)	
	5-Separada	1 (2,6)	1 (2,9)	2 (1,9)	
Estado civil	Com companheiro	10 (25,6)	9 (25,7)	31 (29,8)	0,833
	Sem companheiro	29 (74,4)	26 (74,3)	73 (70,2)	
Atividade trabalhista fora de casa	Sim	22 (56,4)	19 (54,3)	53 (51)	0,829
	Não	17 (43,6)	16 (45,7)	51 (49)	

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Resultados descritos por frequência (percentual)

*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

O estudo identificou mulheres com idades de 15 até 47 anos, com predominância entre 20 e 29 anos, que coabitavam sem companheiros, exerciam algum trabalho remunerado externo ao seu domicílio, com procedência de 93,3% foi da área urbana e apenas 6,7% residiam na zona rural. Com relação ao nível de escolaridade das participantes, 13% continham menos de 7 anos de estudos, e a única mulher analfabeta da amostra não foi localizada. Dentre estas, 37,6% não planejaram a gestação e 42,7% eram primigestas, o pré-natal foi realizado por 98,3%, sendo que 83,1% com número suficiente de consultas como preconiza o Ministério da Saúde (MS). As consultas de pré-natal foram realizadas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por 78,7% das mulheres e 76,4% iniciaram pré-natal ainda no primeiro trimestre.

O uso de álcool pelo menos uma vez na vida foi informado por 90,4% das mulheres e dentre essas, 65,1% fizeram uso pela primeira vez no período da adolescência, entre 10 e 19 anos e 1,7% antes de completar 10 anos de idade. A predominância de consumo alcoólico pelas gestantes ocorreu na faixa etária de 25 a 29 anos, sendo equivalente a 32,9% do total e quanto maior a idade da mulher, menor foi seu consumo de álcool na gestação. Em todas as faixas etárias ocorreu a redução da ingestão de álcool. Adolescentes até 19 anos reduziram o consumo em 41,7%, já mulheres maiores de 20 anos apresentaram redução de 52,2%.

O perfil predominante da faixa etária encontrado neste estudo foi equivalente ao encontrado por Meucci *et al.* (2017) e com os dados levantados no portal do DATA-SUS que mostram que entre os anos de 1994 e 2006 foram registrados 67.819.897 nascidos vivos no Brasil e que 53,1% de suas mães tinham idades entre 20 e 29 anos (Brasil, 2018). Já o predomínio de participantes solteiras na época gestacional é discordante com outro estudo realizado no mesmo estado (Ipardes, 2017) onde 87,6% de suas participantes coabitavam com um companheiro fixo, e do perfil geral no país de 56,3% (Gouvea *et al.*, 2010; Brasil, 2018). A variável analisada objetivou compreender se havia risco aumentado para ingestão de bebidas alcoólicas por mulheres solteiras. Alguns estudos como o de Mesquita

e Segre (2009) e O’Keeffe *et al.*, (2015) apontam que mulheres que não possuem um companheiro fixo tendem a ter mais risco para o consumo de álcool na gestação. Apesar da identificação de maior ingestão de bebidas alcoólicas por mulheres solteiras, ter um companheiro não demonstrou ser fator de proteção neste estudo.

Tabela 2 - Características obstétricas e do pré-natal da população estudada

Variável	Classificação	Consumo de álcool na gestação			p*
		Ingeriu BA durante a gestação (n=39)	Parou ao confirmar a gravidez (n=35)	Não ingeriu BA durante a gestação	
Número de consultas no pré-natal	Nenhuma	1 (2,6)	0 (0)	2 (1,9)	
	1 - 3	2 (5,1)	2 (5,7)	6 (5,8)	
	4 - 6	7 (17,9)	3 (8,6)	7 (6,7)	
	7 ou mais	29 (74,4)	30 (85,7)	89 (85,6)	-
Duração da gestação	28 - 31	0 (0)	2 (5,7)	0 (0)	
	32 - 36	4 (10,3)	0 (0)	10 (9,6)	
	37 - 41	35 (89,7)	33 (94,3)	93 (89,4)	
	42 e mais	0 (0)	0 (0)	1 (1)	-
Número de filhos vivos	0	16 (41)	13 (37,1)	47 (45,2)	
	1 ou mais	23 (59)	22 (62,9)	57 (54,8)	0,687
Número de filhos mortos	0	27 (69,2)	33 (94,3)	86 (82,7)	
	1 ou mais	12 (30,8)	2 (5,7)	18 (17,3)	0,019
Gravidez planejada	Sim	12 (30,8)	32 (91,4)	67 (64,4)	
	Não	27 (69,2)	3 (8,6)	37 (35,6)	<0,001
Realização de pré-natal	Apenas no SUS	31 (79,5)	28 (80)	81 (77,9)	
	Apenas particular/convênio	4 (10,3)	5 (14,3)	16 (15,4)	
	SUS e particular/convênio	3 (7,7)	2 (5,7)	5 (4,8)	
	Não realizou pré-natal	1 (2,6)	0 (0)	2 (1,9)	-

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Início do pré-natal	1º trimestre	23 (59)	32 (91,4)	81 (77,9)	
	2º trimestre	13 (33,3)	3 (8,6)	21 (20,2)	
	3º trimestre	2 (5,1)	0 (0)	0 (0)	
	Não realizou pré-natal	1 (2,6)	0 (0)	2 (1,9)	-
Orientação sobre uso de BA durante a gestação	Sim/vagamente	1 (2,6)	9 (25,7)	32 (30,8)	
	Não/não realizou pré-natal	38 (97,4)	26 (74,3)	72 (69,2)	0,002

Resultados descritos por frequência (percentual); *Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Tabela 3 - Características do ambiente e do consumo de bebida alcoólica pelas gestantes

Variável	Classificação	Consumo de álcool na gestação			p*
		Ingeriu BA durante a gestação (n=39)	Parou ao confirmar a gravidez (n=35)	Não ingeriu BA durante a gestação	
Uso regular de álcool por familiar intradomiciliar	Sim	35 (89,7)	4 (11,4)	43 (41,3)	
	Não	4 (10,3)	31 (88,6)	61 (58,7)	<0,001
Influência de terceiros no consumo de BA	Sim	18 (46,2)	0 (0)	0 (0)	
	Não	21 (53,8)	35 (100)	104 (100)	<0,001
Frequência de ingestão de BA	1 a 2 vezes por semana	4 (10,3)	0 (0)	0 (0)	
	5 a 6 vezes por semana	1 (2,6)	0 (0)	0 (0)	
	Uma vez por mês	8 (20,5)	0 (0)	0 (0)	
	Esporadicamente	25 (64,1)	1 (2,9)	1 (1)	
	Nenhuma	1 (2,6)	34 (97,1)	103 (99)	-
Tipo de bebida	Cerveja	31 (79,5)	0 (0)	0 (0)	
	Vinho	2 (5,1)	0 (0)	0 (0)	
	Whisky	3 (7,7)	0 (0)	0 (0)	
	Outras	3 (7,7)	0 (0)	0 (0)	
	Não fez uso/parou	0 (0)	35 (100)	104 (100)	-

Localidade de maior consumo de BA	Domicílio	27 (69,2)	0 (0)	0 (0)
	Residência de amigos/familiares	4 (10,3)	0 (0)	0 (0)
	Bares e a fins	3 (7,7)	0 (0)	0 (0)
	Outros	5 (12,8)	0 (0)	0 (0)
	Não fez uso/parou	0 (0)	35 (100)	104 (100)

Resultados descritos por frequência (percentual); *Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

A prevalência do consumo de bebida alcoólica na gravidez foi elevada, registrando-se que 44,4% das participantes consumiram alguma quantidade de álcool na gravidez. Acredita-se que este percentual poderia ser ainda maior, uma vez que nas informações sobre o consumo de álcool autorreferido possa ocorrer com algum grau de constrangimento e também pelo fato do reconhecimento, por parte da entrevistada, de que a entrevistadora atuava como profissional de saúde no próprio município. Ainda assim a prevalência encontrada neste estudo foi maior que a encontrada por Mesquita e Segre (2009) (33,3%) em seu estudo realizado num hospital público terciário da cidade de São Paulo/SP, e o de Meucci *et al.*, (2017) (9,4%) realizado em dois hospitais públicos do município de Rio Grande/RS. Diferenças nos resultados poderiam ser justificadas por questões metodológicas: distintos locais de captação da amostra, outros questionários e tempo entre a gestação e a entrevista. Também se deve considerar os períodos em que essas pesquisas foram realizadas, 2008 e 2013 respectivamente, e o fato de que o consumo de bebidas alcoólicas por mulheres vem apresentando aumento a cada ano (Munhoz *et al.*, 2017).

Após o conhecimento da condição gravídica a prevalência de consumo de álcool ainda se manteve elevada, 49,4% entre as que haviam consumido alguma quantidade na gravidez e dentre essas, 7,8% mantiveram o padrão de consumo, tanto em quantidade quanto em frequência. Este desfecho mostrou-se associado à idade que a participante tinha em seu primeiro consumo de bebida alcoólica, bem como a condição de ter realizado um planejamento familiar

prévio. Infere-se o quanto a inserção precoce de álcool na vida da mulher foi fator relevante para que esta “não conseguisse” ou “não almejasse” abandonar, ainda que temporariamente, seu consumo de bebida alcoólica. A cerveja foi a bebida alcoólica mais consumida e o domicílio o local mais utilizado para este consumo. O questionário TACE foi considerado positivo apenas para 4 (quatro) participantes, sendo relativamente baixo, porém, a negatividade da maioria das respostas não excluiu a participante de ter ingerido álcool na gestação, mas apenas desconsiderou-as daquelas consideradas consumidoras abusivas.

Grinfeld (2009) aponta que o consumo abusivo do álcool pela gestante está diretamente ligado à baixa escolaridade, déficit socioeconômico, multiparidade, más condições nutricionais, uso de drogas, comorbidades infecciosas e idade superior a 25 anos. Sanches (2016) relata a alta incidência atual da ingestão de bebidas alcoólicas pela população feminina e pontua o uso constante da substância por aproximadamente 5% das mulheres brasileiras, ainda diz que dentre estas consumidoras nocivas, 10% delas continuam ingerindo álcool normalmente durante a gestação, sendo que neste estudo foi identificado que pouco mais de 20% das participantes mantiveram o padrão de consumo até a data do parto.

Avaliação do efeito do consumo de álcool durante a gestação sobre variáveis relativas ao recém-nascido (peso ao nascer, Apgar e DNMP)

Tabela 4 – Comparação dos grupos definidos pelo consumo de álcool durante a gestação em relação a características da criança

Variável	Consumo de álcool			p*
	Ingeriu BA durante a gestação (n=39)	Parou ao confirmar a gravidez (n=35)	Não ingeriu BA durante a gestação (n=104)	
Peso ao nascer				
Baixo peso (1001 – 2500g)	7 (17,9)	4 (11,4)	8 (7,7)	
Normal (2501 – 4000g)	32 (82,1)	31 (88,6)	96 (92,3)	0,206
APGAR 1°				

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Dificuldade grave a moderada (1-7)	4 (10,3)	5 (14,3)	14 (13,5)	
Ótima condição (8-10)	35 (89,7)	30 (85,7)	90 (86,5)	0,847
APGAR 5°				
Dificuldade grave a moderada (1-7)	0 (0)	1 (2,9)	2 (1,9)	
Ótima condição (8-10)	39 (100)	34 (97,1)	102 (98,1)	-
DNMP				
Risco	23 (59,0)	4 (11,4)	23 (22,1)	
Não risco	16 (41,0)	31 (88,6)	81 (77,9)	<0,001

Resultados descritos por frequência (percentual); *Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

A prevalência da exposição da criança a alguma quantidade de álcool na vida intraútero foi de 44,4%, e 21,9% foram expostos até o nascimento. Quanto a aplicação do teste de pré-triagem para identificação de atraso no DNPM da criança, 28,1% apresentaram sinal de risco em sua avaliação, sendo a faixa etária de 7 a 9 meses a mais prevalente. Na avaliação das variáveis relativas ao recém-nascido e o consumo ou não de álcool na gestação, não houve diferença no percentual de nascimentos de meninos e meninas, nem nas condições de nascimento avaliadas pelo Apgar no 1° e 5° e peso dos recém-nascidos. No entanto, o resultado do teste de rastreamento para identificação de atraso no DNPM da criança apontou que 56,0% das que apresentaram atraso eram do grupo que consumiu alguma quantidade de álcool ($p < 0,001$). Ao comparar os grupos dois a dois identificou-se diferença significativa entre crianças expostas ao álcool durante toda a vida intraútero e crianças expostas ao álcool apenas no 1° trimestre período intraútero e crianças que não foi exposta ao álcool período intraútero. Quando comparamos crianças expostas ao álcool apenas no primeiro trimestre de vida intraútero e crianças não expostas ao álcool não houve diferença significativa ($p = 0,501$).

No resultado da avaliação do DNPM da criança foi possível inferir que crianças que foram expostas ao álcool no período intraútero também foram as que mais apresentaram déficits no

DNPM, segundo o instrumento utilizado na avaliação. Observou-se também uma relação significativa entre aquelas que foram expostas ao álcool apenas no primeiro trimestre de vida intraútero em detrimento às que foram expostas durante todo período até o nascimento. As crianças expostas ao álcool até o nascimento, independentemente da quantidade e frequência apresentaram mais atrasos no DNPM em relação àquelas em que a mãe interrompeu o consumo de bebidas alcoólicas logo no primeiro trimestre de gestação, inferindo assim que é possível minimizar os danos decorrentes da ingestão de álcool intraútero se o consumo materno da bebida for interrompido precocemente.

Segundo British Medical Association (2016) há estudos inconsistentes e/ou inconclusivos sobre o impacto de níveis baixos e moderados de exposição fetal ao álcool para determinar o impacto negativo ou não do desenvolvimento do feto. Apesar disso, diversas organizações internacionais tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Academia Americana de Pediatria (AAP), Instituto Nacional de Saúde (NIH), Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo (NIAAA) e British Medical Association (2016) concordam que não existe uma quantidade segura para criança de ingestão de álcool por sua mãe no período gestacional (ROOZEN *et al.*, 2016).

Não houve diferenças entre os três grupos definidos pela exposição ao álcool no período intraútero em comparação ao peso de nascimento da criança ($p=0,206$) e Apgar 1º ($p=0,847$). Em função da pequena frequência de casos com Apgar 5º de 1 a 7, não foi aplicado teste estatístico para esta variável.

O padrão do consumo de bebidas alcoólicas da mãe e o período gestacional em que esta fez uso do álcool é um determinante importante no resultado de uma gravidez afetada pelo álcool, bem como a vulnerabilidade genética e fator ambiental no entorno da gestante. O período de ingestão de álcool também irá determinar como e quais células do feto em desenvolvimento serão afetadas, pois há períodos de maior vulnerabilidade do desenvolvimento normal que podem ser afetados negativamente. É importante salientar

que crianças que são expostas ao álcool no período intraútero deve ser sistematicamente acompanhadas durante os primeiros anos de vida por uma equipe multidisciplinar preparada, e após confirmação do diagnóstico, o acompanhamento deve se estender por toda a vida, com ações paliativas ao doente além de apoio a família, a fim de diminuir os danos e melhorar a qualidade de vida da criança, família e sociedade (Zanoti-Jeronymo, *et al.*, 2014). Esses esforços estão ligados a capacidade de diagnosticar com precisão o espectro total dos distúrbios da síndrome alcoólica fetal (Ramalho; Santos, 2015). E assim que diagnosticado, é de suma importância que o tratamento para a SAF seja implementado o mais breve possível para evitar o aparecimento de problemas secundários e garantir os melhores resultados possíveis para a criança e sua família (BMA, 2016).

Conclusão

A promoção a saúde infantil através de medidas de prevenção dos danos e consequências decorrente da exposição fetal ao álcool devem iniciar o mais precoce possível. Seria adequado que a mulher recebesse orientações e esclarecimentos ainda no período de planejamento familiar quanto a tolerância zero relacionada a ingestão de álcool. É necessário que de forma precoce no pré-natal haja uma maior intensificação sobre o tema “álcool na gestação” e que este faça parte da abordagem assistencial de maneira regular e rotineira pelos profissionais da saúde.

A identificação neste estudo de crianças com atraso do DNPM, embora não signifique a real presença do problema, sugere uma relação com a continuidade da exposição sofrida ao álcool no período intraútero. Vale ressaltar que possam existir limitações em relação à avaliação realizada, pois se trata de um teste de rastreamento que avalia o atraso motor e não cognitivo da criança, bem como o fato de que, segundo seus elaboradores, seria recomendado a reaplicação do teste de teste de pré-triagem utilizado para a avaliação do desenvolvimento das crianças em um outro momento oportuno, consideração que não foi possível alcançar devido ao tempo do estudo. Esse resultado, embora necessite de maior aprofundamento, reflete a imensa preocupação evidenciada em diferentes estudos de que não há um limite seguro de exposição fetal ao álcool.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde-DATA SUS**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 3 jun. 2018.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA). **Alcohol and pregnancy Preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders**. British Medical Association, 2016.

CAMPOS, E.A.; REIS, J.G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, 2010.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **Bebidas Alcoólicas**. São Paulo. Disponível em: http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/alcool_.htm. Acesso em: 3 nov. 2017.

EBERHART, J.K.; PARNELL, S.E. The genetics of fetal alcohol spectrum disorders. **Alcohol Clin Exp Res.**, v. 40, n. 6, p. 1154-1165, 2016.

FABBRI, C.E. **Desenvolvimento e validação de um instrumento de rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-ACE)**. Dissertação (mestrado em medicina social) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2002.

GOUVEA, P.B.; SOUZA, S.N.D.H.; HADDAD, M.C.L *et al.* Avaliação do consumo de álcool entre gestantes cadastradas no Sis prenatal em Londrina/PR. **Cogitare enferm**, v. 15, n. 4, p. 624-630, 2010.

GRINFELD, H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. *In*: ANDRADE, A.G.; ANTHONY, J.C.; SILVEIRA, C.M. (org.). **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. São Paulo: Manole, 2009.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES. **Caderno Estatístico Município de Campo Magro**. Disponível em: <http://www.ipardes>.

gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83535&btOk=ok.
Acesso em: 24 jan. 2017.

LARANJEIRA, R. *et al.* **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)** – 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LOPEZ, M.B.; LICHTENBERGER, A.; CONDE, K.; CREMONTE, M. Psychometric properties of brief screening tests for alcohol use disorders during pregnancy in Argentina. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 39, n. 7, p. 322-329, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1603744>.

LICHTENBERGER, A.; CONDE, K.; CREMONTE, M. Psychometric properties of brief screening tests for alcohol use disorders during pregnancy in Argentina. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 39, n. 7, p. 322-329, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1603744>.

MESQUITA, M.A.; SEGRE, C.A.M. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Revista Bras. Crescimento e Desenvolvimento Hum.**, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2009.

MEUCCI, R.D.; SAAVEDRA, J.S.; SILVA, E.S. *et al.* Consumo de bebida alcoólica durante a gestação entre parturientes do extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, n. 4, p. 663-671, 2017.

MUNHOZ, T.N.; SANTOS, I.S.; NUNES, B.P. *et al.* Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. e00104516, 2017.

O'KEEFFE, L.M.; KEARNEY, P.M.; MCCARTHY, F.P. *et al.* Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy: findings from international multicentre cohort studies. **BMJ Open.**, v. 5, n.

7, p. e006323, 2015.

PEREIRA, E.M.C.; LIMA, J.R.M.; ANTONIUK, S.A. **Teste de pré-triagem para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com até 12 meses de idade.** 2008. 103p. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

RAMALHO, J.; SANTOS, M.R. Síndrome alcoólica fetal: implicações educativas. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 21, n. 3, p. 335-344, 2015.

ROOZEN, S. *et al.* Fetal alcohol spectrum disorders (fasd): an approach to effective prevention. **Curr. Dev. Disord. Reports.**, n. 3, p. 229-234, 2016.

SANTOS, N.S.; SOUZA, E.F.M.; AQUINO, A.P. *et al.* A orientação de enfermagem a gestantes que fazem uso de álcool e tabaco. **Revista Recien.**, v. 4, n. 10, p. 5-11, 2014.

SILVA, M.G.B.; LYRA, T.M.; DINIZ, G.T. O padrão de consumo de álcool entre as usuárias das Unidades de Saúde da Família no município do Recife (PE). **Saúde em Debate: Rev. do Centro Bras. de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, 2019.

TACON, F.S.A.; TACON, K.C.B.; AMARAL, W.N.A. Alcool e gravidez: influencia na morfologia fetal. **Rev. Educ. Saúde**, v. 5, n. 1, p. 81-88, 2017.

ZANOTI-JERONYMO, D.V.; NICOLAU, J.F.; BOTTI, M.L. *et al.* Repercussões do consumo de álcool na gestação – Estudo dos efeitos no feto. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 6, n. 3, p. 40-46, 2014. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501_181135.pdf. Acesso em: 20 out. 2016.

CAPÍTULO 4

ESQUEMA INCOMPLETO DA VACINA INFLUENZA EM MENORES DOIS ANOS E MOTIVOS PARA ABANDONO

**Ewerton Granja de Araújo Rocha, Lidiane Ferreira Schultz,
Karin Regina Luhm**

Introdução

A influenza é uma doença infecciosa respiratória de distribuição global e elevada transmissibilidade, podendo cursar com formas leves a clinicamente graves. Crianças, em especial lactentes, além de mais vulneráveis, são as principais fontes de transmissão da influenza (Zhou *et al.*, 2018; NG *et al.*, 2016). A vacinação é o principal instrumento para prevenir a influenza e suas complicações, sendo recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como estratégia para proteção de grupos de alto risco, incluindo crianças (WHO, 2012). A eficácia da vacina influenza pode variar entre diferentes grupos de idade e risco (Flannery *et al.*, 2015). Crianças primovacinaadas até 8 anos de idade necessitam de esquema de duas doses com intervalo de quatro semanas. Para estas crianças, a eficácia com uma dose (D1) varia de 20 a 47%, e os títulos protetores se elevam para 78% a 82% com a segunda dose (D2) (Kotloff *et al.*, 2014).

No Brasil, a vacinação contra influenza em crianças iniciou em 2011 para a faixa de seis a 23 meses e foi ampliada até 5 anos a partir de 2014 (Brasil, 2014). Embora no país a cobertura vacinal na população infantil com uma dose para influenza tenha alcançado até 2016 a meta de 80%, definida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), dados do Sistema de Informações do PNI (SIPNI) apontavam nesse ano uma proporção de abandono de 51,5% do esquema proposto de duas doses (Brasil, 2023). Em Joinville, nesse mesmo ano de 2016, esta proporção foi menor, 22,1%, porém ainda elevada considerando-se os critérios do PNI, que define abandono com valores $\geq 10\%$ como alto (Domingues; Teixeira, 2013).

Nos últimos anos, diversos estudos apontam o declínio da completude dos esquemas de vacinação de rotina em crianças no Brasil, o que representa um grande desafio para o enfrentamento da hesitação vacinal e o alcance de coberturas vacinais elevadas (Silveira *et al.*, 2020). Não foram encontrados na literatura estudos relativos à cobertura e à completude de vacinação para influenza em crianças no país. A aplicação desta vacina em estratégia de campanha em um período limitado, muitas vezes sem registro nominal e sem ações de vigilância de faltosos podem resultar em maiores problemas na qualidade das informações e

no maior abandono de esquema vacinal de duas doses para crianças primovacinadas.

Tendo em vista as considerações apresentadas, formulou-se a questão norteadora do estudo: “Qual a real proporção de abandono e os motivos de não completar do esquema de vacinação da influenza em crianças primovacinadas?” Assim, este estudo teve por objetivo analisar a completude do esquema de vacinação para influenza em crianças primovacinadas e os motivos para o abandono da segunda dose da vacina.

Métodos

Trata-se de estudo transversal com crianças primovacinadas entre 6 e 23 meses de idade vacinadas na campanha de influenza no ano de 2016 nas unidades de saúde (US) da rede municipal de Joinville, Santa Catarina, Região Sul do Brasil.

O município é o mais populoso do estado, com estimados 568.266 habitantes em 2016. Apresentou Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,809 em 2010, situando Joinville em 21º lugar entre os 5.568 municípios brasileiros (Joinville, 2017). Em 2016 o Sistema Único de Saúde (SUS) municipal contava com 56 unidades de atenção primária à saúde (UAPS) que atuavam nas atividades de vacinação organizadas em três Distritos de Saúde: Norte (23 unidades), Centro (16 unidades) e Sul (17 unidades), além de uma sala central de vacinação que funcionava como referência para imunobiológicos especiais, mas também oferecia vacinas de rotina, com participação nas campanhas de vacinação (Joinville, 2016). Dados de mortalidade infantil segundo distritos em 2016 revelam que o Sul apresentou maior coeficiente de mortalidade infantil (2,12/1.000 nascidos), seguido pelo Centro (1,74/1.000 nascidos) e Norte (1,25/1.000 nascidos), refletindo as diferenças espaciais no contexto socioeconômico do município (Joinville, 2016).

A população de estudo foi selecionada mediante amostra aleatória de crianças primovacinadas contra a influenza na rede municipal de saúde. Inicialmente foram sorteadas 33% das UAPS do município (18/53) e foi incluída a sala central de vacinação, resultando

em 19 unidades de saúde (US). Visto que o município recomendou que as US realizassem o registro nominal das doses aplicadas na campanha de influenza no ano de 2016, nos registros foram identificadas crianças “possivelmente faltosas” para D2 (crianças cujo registro da US indicou somente a D1 ou vacinação sem identificação da dose registrada). De cada unidade foram sorteadas dez crianças “possivelmente faltosas” para realização da entrevista com os pais ou familiares e avaliação das cadernetas de vacinas. Para complementar os dados para contato com responsáveis, utilizou-se o prontuário eletrônico do município.

Os critérios de inclusão foram: ser residente em Joinville no período da vacinação para influenza em 2016 com idade entre 6 e 23 meses; enquadrar-se no critério de “possivelmente faltosa” para D2 no registro nominal da US; mãe, pai ou informante responsável maior de 18 anos de idade que aceitou participar da entrevista; caderneta de vacinação da criança disponível. Foram excluídas crianças em situação de guarda provisória residindo em abrigo judicial temporário.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2016 a março de 2017. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal e equipe treinada com o familiar ou responsável pela criança após seu consentimento.

Para comparar as crianças que, após entrevista e análise da caderneta de vacinas, estavam com esquema incompleto com aquelas com esquema completo, foram definidas variáveis relacionadas a características da mãe (idade, raça, escolaridade), da criança (idade na D1 da vacina influenza, hierarquia de nascimento) e da unidade de vacinação (modelo de atenção à saúde da US). Quanto à vacinação da criança, foram avaliados: o responsável que acompanha a criança para vacinar; o agendamento da D2 na carteira de vacina; o intervalo entre a D1 e D2, se existente; o conhecimento do respondente sobre a recomendação de D2; o motivo do não retorno para receber a D2 e o esquema completo de vacinação para o rotavírus (D1+D2).

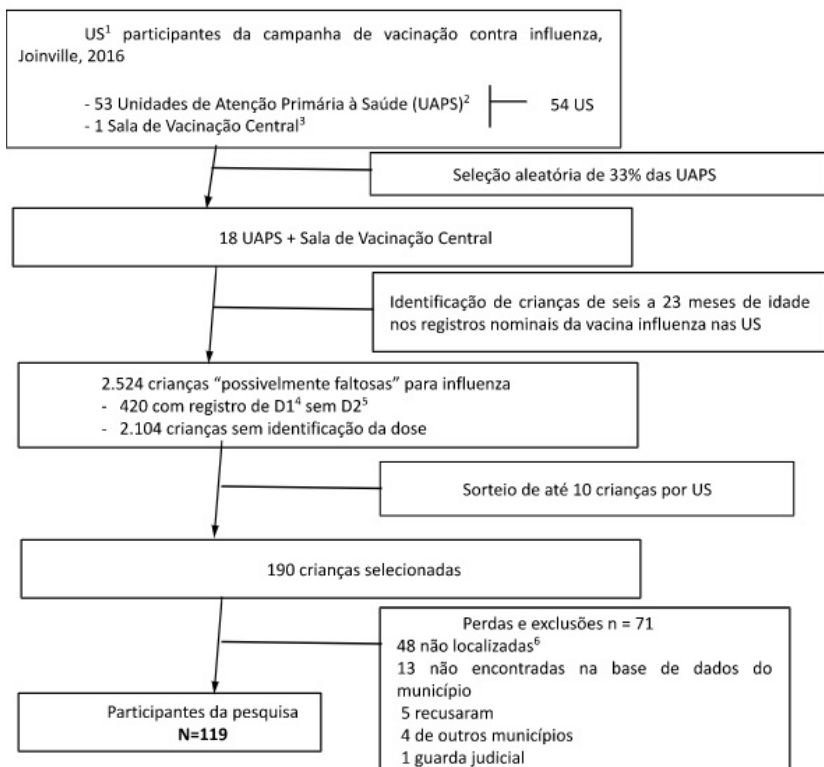
No processo de análise dos dados, utilizou-se o programa Epi Info 7.0®. A população do estudo foi descrita para as variáveis coletadas segundo número e proporções. Para comparar as proporções considerando o número restrito de indivíduos, agrupou-os em categorias dicotômicas. Foi utilizado o Teste Qui-quadrado ou o Teste Exato Fischer, sendo considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado, em 21/12/2016, pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Universidade Federal do Paraná, versão 2, sob parecer n° 1.878.701.

Resultados

Nas 19 US selecionadas para o estudo, foram identificados quatro diferentes instrumentos para o registro nominal de doses aplicadas de vacina influenza: livro, caderneta-espelho, arquivo eletrônico de banco de dados (*Excel for Windows*) e sistema de registro nominal do SIPNI. Na consulta a estas fontes, foram localizados 420 registros de D1 sem D2 e 2.104 registros sem dose identificada, totalizando 2.524 crianças entre seis e 23 meses “possivelmente faltosas” com uma variação de cinco a 572 registros por US. Dessas, foram sorteadas 190 crianças, sendo 71 excluídas ou perdidas, principalmente devido à não localização. A amostra final constituiu-se de 119 participantes (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma do processo de amostragem



¹US = Unidade de saúde; ²UAPS = Unidade de Atenção Primária à Saúde;

³Sala central de vacinação = sala onde funciona a aplicação de imunobiológicos

especiais e que também realiza vacinas de rotina e da campanha de vacinação

contra influenza; ⁴D1= Primeira dose da vacina influenza; ⁵D2= Segunda dose da

vacina influenza; ⁶Não localizados = telefone não existe, ninguém atende após

três tentativas ou familiares não tinham disponibilidade de atender no período da pesquisa.

Fonte: O Autor (2017).

Quanto às perdas e exclusões, quando comparadas as características da amostra final de 119 crianças com as da amostra inicial de 190 crianças, observou-se diferença na distribuição entre os Distritos de Saúde com maior proporção de crianças na amostra final no Distrito Centro ($p < 0,001$). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no sexo da criança ($p = 0,678$), na faixa etária da mãe ($p = 0,066$) e na escolaridade materna ($p = 0,255$).

Após a avaliação da caderneta de vacinas em posse da família, foi identificado que 31,1% (37/119) das crianças estavam com seu esquema de vacinação incompleto para influenza (Tabela 1).

Tabela 1 - Participantes do estudo segundo características das unidades de saúde de vacinação, das crianças, das mães e atitudes dos responsáveis perante a vacinação, crianças primovacinas de 6 a 23 meses segundo esquema da vacina influenza, Joinville/SC, Brasil, 2016 (N=119)

Variáveis	Esquema incompleto n=37		Esquema completo n=82		Total N=119	
	n	%	n	%	n	%
Registro das doses de influenza nos bancos nominais						
Sem identificação da dose nos registros da US	29	78,3	38	46,3	67	56,3
D1 registrada adequadamente	8	21,6	44	53,6	52	43,7
Distrito de saúde						
Centro	23	62,1	51	62,2	74	62,2
Norte	8	21,6	22	26,8	30	25,2
Sul	6	16,2	9	10,9	15	12,6
Modelo de atenção						
ESF ¹	13	35,1	26	31,7	39	32,8
UBS ²	10	27,0	18	21,9	28	23,5
UBS com ESF ³	6	16,2	18	21,9	24	20,2
UBS com EACS ⁴	5	13,5	16	19,5	21	17,6
Sala Central de Vacinação ⁵	3	8,1	4	4,8	7	5,9
Sexo						
Masculino	19	51,3	42	51,2	61	51,0

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Feminino	18	48,6	40	48,7	58	49,0
Idade em meses						
6 a 8	16	43,2	34	41,4	50	42,0
9 a 11	7	18,9	22	26,8	29	24,4
12 a 14	7	18,9	18	21,9	25	21,0
15 e +	7	18,9	8	9,7	15	12,6
Escolaridade materna (anos de estudo)						
≤ 8	7	18,9	15	18,3	22	17,7
9 a 13	23	62,1	33	40,2	56	47,1
≥ 14	7	18,9	34	41,4	41	34,5
Raça/cor da mãe⁶						
Branca	31	83,7	68	82,9	99	83,2
Preta	0	-	13	15,8	13	10,9
Parda	6	16,2	0	-	6	5,0
Amarela	0	-	1	1,2	1	0,8
Indígena	0	-	0	-	0	-
Idade materna em anos						
≤ 19	3	8,1	4	4,8	7	5,9
20 < 25	3	8,1	6	7,3	9	7,6
25 < 30	12	32,4	22	26,8	34	28,6
30 < 35	13	35,1	25	30,5	38	31,9
35 < 40	5	13,5	18	21,9	23	19,3
≥ 40	1	2,7	7	8,5	8	6,7
Adulto que acompanhou a criança para vacinar						
Somente a mãe	19	51,3	50	60,9	69	58,0
A mãe e o pai	11	29,7	19	23,1	30	25,2
Mãe ou pai e outro familiar	2	5,4	8	9,7	10	8,4
Somente o pai	3	8,1	1	1,2	4	3,4
Ignorado	0	-	4	4,8	4	3,4
Somente outros	2	5,4	0	-	2	1,7

¹ESF – Unidade com Estratégia de Saúde da Família (ESF); ²UBS – Unidade Básica de Saúde, sem ESF ou Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS); ³UBS e ESF – Unidade mista formada por UBS e ESF; ⁴ Unidade

mista, formada por uma UBS com equipes de EACS; ⁵Sala de Vacinação Central, com oferta de imunobiológicos especiais, vacinas de rotina e oferta vacinas nas campanhas. ⁶Cor – Informada pela mãe ou familiar entrevistado. Fonte: O Autor (2017).

Verificou-se que 56,3% (67/119) dos participantes não possuíam registros de qual dose foi aplicada no sistema de registro nominal da unidade de saúde. Eles informavam apenas a data da vacinação, com maior proporção nas crianças que não completaram o esquema vacinal (78,3%; 29/37). Em relação ao local de vacinação, 53,0% (63/119) das crianças receberam a vacina em US que adotava a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção à saúde (Tabela 1).

Quanto às 82 crianças que estavam com esquema completo após avaliação da caderneta, verificou-se que 84,2% (69/82) compareceram para a D2 na mesma unidade onde foi aplicada a D1; 35,1% (28/82) fizeram a D2 num intervalo superior a 40 dias e 29,3% (24/82) tiveram a segunda dose aplicada em data posterior ao período definido pelo PNI para digitação dos dados no SIPNI (Tabela 2).

Tabela 2 - Características da vacinação em crianças primovacinadas de 6 a 23 meses com esquema completo para influenza após avaliação da caderneta de vacinas, Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2016 (N=82)

Variáveis	Esquema completo (N=82)	
	n	%
Segunda dose (D2) na mesma unidade que a primeira (D1)		
Sim	69	84,2
Não	13	15,9
Intervalo em dias entre D1 e D2		
Até 40 dias	54	65,9
Entre 41 e 60 dias	20	24,4
Maior que 61 dias	8	9,7
D2 aplicada no período de digitação de dados no SIPNI WEB¹		

Sim	58	70,7
Não	24	29,3

¹Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização via web, sistema de repasse de dados para o Ministério da Saúde (Governo Federal); D1= primeira dose da vacina influenza; D2= segunda dose da vacina influenza.

Fonte: O Autor (2017).

A análise das 37 crianças que efetivamente apresentavam esquema incompleto (Tabela 3) revelou que não havia aprazamento de segunda dose em 43,2% (16/37) das cadernetas de vacinação. O principal motivo de não vacinação informado foi o desconhecimento da existência da segunda dose da vacina influenza citado por 14 entrevistados, sendo que nesta categoria cinco diziam respeito a crianças que tinham aprazamento da segunda dose de vacina na caderneta. Também foram apontados como motivos para a não aplicação da segunda dose a desatenção ou falta de tempo (25,8%; 8/31) e a ocorrência de evento adverso pós-vacina (EAPV) na dose anterior (19,4%; 6/31), sendo que a febre foi o evento adverso mais citado (Tabela 3).

Tabela 3 - Aspectos da vacinação em crianças primovacinadas de seis a 23 meses com esquema incompleto para vacina influenza após avaliação da caderneta de vacinas, Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2016 (N=37)

Variáveis	Esquema incompleto (N=37)	
	n	%
Aprazamento na caderneta		
Sim	21	56,8
Não	16	43,2
Motivo da não vacinação¹ (n=31)		
Não sabia da segunda dose	14	45,2
Desatenção/falta de tempo	8	25,8
Evento adverso com febre na D1	6	19,4

Faltou vacina	2	6,5
Recusa	1	3,2

¹Seis familiares não responderam este item do questionário.

Fonte: O Autor (2017).

A avaliação do esquema incompleto para vacina influenza de acordo com características da criança, dos familiares e dos serviços de vacinação (Tabela 4) apontou que as mães com 14 anos ou mais de estudo apresentaram menores taxas de abandono da vacina influenza ($p=0,0170$). Houve maior proporção de esquema incompleto para influenza em crianças que eram o terceiro ou quarto filho ($p=0,046$) e em crianças que não completaram o esquema de vacina de rotina contra o rotavírus ($p=0,027$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Proporção de esquema incompleto de vacinação segundo características da unidade de saúde, da mãe, da criança e relativas à vacinação em crianças de 6 a 23 meses faltosas para D2 da vacina influenza, Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2016 (N=119)

Variáveis	Esquema incompleto (n=37)		Esquema completo (n=82)		p
	n	%	n	%	
Modelo de atenção da unidade de saúde					0,357
Unidade com EACS/ ESF ¹	24	28,6	60	71,4	
UBS/ Sala Central de Vacinação ²	13	37,1	22	62,9	
Idade materna em anos					0,108
≤ 34	31	34,8	57	65,2	
≥ 35	6	19,4	25	80,6	
Raça/cor da mãe					0,960
Branca e amarela	31	31,0	69	69,0	
Negra ³	6	31,6	13	68,4	
Escolaridade materna (anos de estudo)					0,017
≤ 13	30	38,5	48	61,5	
≥ 14	7	17,1	34	82,9	
Idade em meses quando recebeu D1					0,274
< 15 meses	30	28,8	74	71,2	

≥ 15 meses	7	46,7	8	53,3
Adulto que acompanha a criança para vacinar (n=115)				0,408
Mãe	19	27,5	50	72,5
Mãe e/ou pai e/ou outros familiares ⁴	16	34,8	30	65,2
Ordem de nascimento da criança				0,046
Primeiro e segundo filho	28	27,2	75	72,8
Terceiro filho ou mais	9	56,3	7	43,8
Esquema de vacinação da rotina contra o rotavírus				0,027
Esquema completo	27	27,0	73	73,0
Esquema incompleto ou não vacinado	10	52,6	9	47,4

¹Unidade mista, formada por uma unidade básica de saúde e equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou unidade com Agentes Comunitários de Saúde (EACS); ²UBS – Unidade Básica de Saúde e sala de vacinação central do município; ³Preta e parda; ⁴ Mãe e o pai, mãe ou pai e outro familiar, somente o pai, só outros familiares.

p=Valor de p para o teste qui-quadrado ou exato de Fisher.

Fonte: O Autor (2017).

Discussão

Trata-se de estudo inédito no país para avaliar a completude do esquema de vacinação contra influenza em crianças primovacinadas. Foram identificados o abandono e o atraso na completude do esquema, indicando a ocorrência de hesitação em vacinar, apontada pela OMS em 2019 como uma das dez maiores ameaças à saúde global (Who, 2019, apud Scheres; Kuszewski, 2023). Os motivos para não vacinação indicados pelos responsáveis incluem o desconhecimento dos pais, a ocorrência de eventos adversos na primeira dose, a desatenção e o esquecimento, além de falhas no agendamento de retorno pelos serviços. Eles refletem os determinantes para a hesitação vacinal já identificados para as vacinas em geral: complacência, conveniência e confiança nas vacinas (Eskola *et al.*, 2015).

O abandono no esquema da vacina contra influenza em primovacinados identificado no presente estudo também foi observado nos Estados Unidos, onde, na temporada 2011 a 2012, a cobertura de duas doses para vacina influenza foi de apenas 32,2% (Santibanez e cols, 2016). Dados do SIPNI indicaram proporções de abandono

superiores a 50,0% para o esquema de influenza em primovacinação entre 2016 e 2019 no Brasil (Brasil, 2023).

○ atraso para completar o esquema identificado no presente estudo é também fator relevante para a não proteção pelo imunobiológico, visto que a aplicação da vacina influenza acontece muito próximo do período de maior circulação viral. Dados de estudo em Nova York apontam a ocorrência de atraso com intervalo médio de 64 dias entre as doses para influenza (Hofstetter e cols, 2012).

Apesar da existência de recomendação de registro nominal das vacinas contra influenza na campanha de 2016 na rede municipal de Joinville, diferente da orientação do PNI, que recomendava adoção do registro consolidado (Brasil, 2023) para as campanhas da influenza, eles se mostraram não padronizados, com problemas na completude, e houve sub-registro. Esta situação, somada à impossibilidade de repasse total das doses aplicadas ao SIPNI, em especial das segundas doses decorrente dos prazos para informar os dados, pode acarretar incorreção das estimativas de proporção de abandono, conforme este estudo revelou.

As falhas no registro das unidades de saúde geram também dificuldades na vigilância e busca ativa de faltosos. Com a necessidade de esquema de duas doses na vacinação contra influenza em crianças primovacinação, o registro nominal da vacina neste grupo, mesmo em atividade de campanha, mostra-se um instrumento importante para a identificação e a busca de faltosos.

○ *Community Preventive Services Task Force* dos Estados Unidos e outros grupos que orientam ações de vacinação recomendam o uso de sistemas informatizados de imunização como suporte a intervenções efetivas para maior adesão à vacinação, com estratégias de lembretes para os usuários (*reminders*) e de busca de faltosos (*recall*), e destacam a importância da qualidade dos registros (CDC, 2015). Em 2019, o *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization* da OMS apresentou recomendações para melhoria na qualidade de dados de imunização reforçando a necessidade de monitoramento da qualidade dos dados e o uso de ferramentas de tecnologia da informação (Scobie et al., 2019).

A definição do Ministério da Saúde do Brasil pela utilização de registro nominal informatizado na campanha nacional de vacinação contra a covid-19 vem se mostrando um avanço importante, que poderá ser incorporado na campanha influenza e permitirá, além de estimativas mais confiáveis das taxas de abandono, o uso de estratégias tanto para avisar sobre a próxima dose como para buscar faltosos (Brasil, 2022).

A falta de aprazamento da segunda dose em mais de 40% das crianças que estavam efetivamente faltosas, o desconhecimento dos pais quanto à segunda dose e o receio de realizar a segunda dose após a ocorrência de evento adverso esperado da vacina sugerem falhas dos serviços de saúde que contribuem para o abandono do esquema vacinal. A atividade de vacinação é uma tarefa complexa, que exige da equipe de vacinadores – com expressiva participação da enfermagem – um conjunto de atividades para a realização de uma boa prática, não se restringindo somente à aplicação do imunobiológico. O registro da dose aplicada, o agendamento de novas doses, a triagem para contraindicações, a necessidade de orientações detalhadas para o paciente ou responsáveis sobre a importância de completar esquemas de múltiplas doses e o esclarecimento sobre a possível ocorrência de eventos adversos pós-vacinação são itens fundamentais do processo (Kroger, 2023). Em 2011, Rainey e colaboradores, na revisão sistemática sobre motivos para não vacinação ou abandono das vacinas na população infantil em países de baixa e média renda, apontaram falhas no sistema de imunização por parte dos serviços como o principal (45%). Estudos conduzidos na Europa e em Hong Kong reforçam a importância do papel dos profissionais de saúde na adesão à vacinação, revelando que os pais que consultaram o pediatra, médico de família ou receberam informação sobre a gripe mostraram maior adesão na completude dos esquemas de vacinação dos filhos (Chow *et al.*, 2017; Charron, Gautier, Jestin, 2018; Ewig *et al.*, 2018).

O relato de EAPV na primeira dose como motivo para não realização da segunda dose aponta a necessidade de orientação detalhada quanto aos EAPVs esperados e a conduta diante deles. A febre é um EAPV esperado e benigno na vacinação para influenza,

principalmente em primovacinações, sendo inclusive associada à melhor resposta à vacinação (Li-Kim-Moy *et al.*, 2018). Estudos apontam que dúvidas quanto à segurança das vacinas são frequentes (Hadjipanayis, 2019) e que a experiência de EAPV na família ou em amigos é um fator que aumenta o risco de recusa de vacinas (Chow *et al.*, 2017), reforçando a importância da orientação detalhada sobre este tema.

Outros aspectos que também emergiram deste estudo, como a desatenção e a falta de tempo apontadas pelos responsáveis, se somam a estes fatores reforçando a importância da adoção de estratégias de aviso sobre as próximas doses (Nelson, 2023; Harvey, Reissland, Mason, 2015).

A observação de maior proporção de esquema incompleto em mães de menor escolaridade e com maior número de filhos e maior completude em mães acima de 35 anos mostram a necessidade de identificação e vigilância de famílias com maior risco de abandono do esquema vacinal. E encontrou-se situação semelhante em estudos que avaliaram a completude do esquema vacinal de rotina em crianças no país (Silva *et al.*, 2018; Fernandes *et al.*, 2015).

Embora sem associação com a completude do esquema da vacina influenza, no presente estudo observou-se a baixa frequência da figura paterna para acompanhar a criança na vacinação, refletindo os papéis tradicionais dos gêneros ainda presentes na nossa sociedade quanto aos cuidados das crianças (Barbieri, 2014).

Como limitação do presente estudo, destacam-se a perda amostral e a distribuição da amostra não representativa dos distritos do município decorrentes das dificuldades para encontrar familiares, seja por inconsistência de informações, como telefone e endereço disponibilizados nos registros das unidades, ou por dificuldades no agendamento para entrevista e visita domiciliar. A semelhança da amostra final com a inicial quanto às características maternas, como faixa etária da mãe e escolaridade, reduzem a possibilidade de vies nos resultados, que se mostraram consistentes com a literatura.

Os resultados fornecem subsídios para orientar políticas públicas no país voltadas à ampliação da adesão para esquemas de vacinação multidoses. Nesse contexto, evidencia-se o papel das sociedades médicas no estímulo à participação das categorias médicas e de enfermagem no enfrentamento da hesitação em vacinar e da educação contínua para os profissionais das salas de vacinas, com destaque para o registro adequado, agendamento de doses e orientação aos familiares sobre as próximas doses e sobre os eventos adversos esperados. Destaca-se também a importância do monitoramento da completude dos esquemas de vacinação tanto para as vacinas da rotina como em campanhas para vacinas com esquema multidose.

Conclusões

Houve abandono e atraso no esquema da vacina influenza em primovacinados menores de dois anos de idade, revelando desafios na aplicação de esquemas multidoses, principalmente quando administradas na estratégia de campanha.

Observou-se problemas nos registros de doses aplicadas pelos serviços e a falta de agendamento da segunda dose na caderneta da criança, apontando falhas no processo de trabalho nas salas de vacinas.

O desconhecimento dos pais quanto à indicação da D2, a desatenção e/ou a falta de tempo e, por fim, a não realização da D2 por EAPV na primeira dose foram citados como motivos para não realização da segunda dose da vacina influenza.

Referências

BARBIERI, C.L.A. **Cuidado infantil e (não) vacinação no contexto de famílias de camadas medias em São Paulo/SP**. 2014. 224f.

Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2014. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02122014-164155/pt-br.php>. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br. Acesso em: 1 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento a COVID-19 (SECOVID). Informe técnico. Campanha Nacional de Vacinação Contra a Covid-19. **Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra covid-19**. 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3QEIFNX>. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIPNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações**. Disponível em: bit.ly/2NYPvQ1. Acesso em: 1 ago. 2023.

CDC COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Recommendation for use of immunization information systems to increase vaccination rates. **Journal of Public Health and Management Practice**, v. 21, Issue 3, p. 249-252, 2015.

CHARRON, J.; GAUTIER, A.; JESTIN, C. Influence of information sources on vaccine hesitancy and practices. **Medecine et Maladies Infectieuses**, v. 50, n. 8, p. 727-733, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.01.010>. Acesso em: 17 set. 2023.

CHOW, M.Y.; DANCHIN, M.; WILLABY, H.W.; PEMBERTON, S.; LEASK, J. Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: a national online survey. **Australian Family Physician**, v. 46, n. 3, p. 145-151, 2017.

DOMINGUES, C.M.A.S.; TEIXEIRA, A.M.S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 9-27, 2013.

ESKOLA, J.; DUCLOS, P.; SCHUSTER, M.; MACDONALD, N.E.; SAGE WORKING GROUP ON VACCINE HESITANCY. How to deal with vaccine hesitancy? **Vaccine**, v. 14, n. 34, p. 4215-4217, 2015. Disponível em: DOI 10.1016/j.vaccine.2015.04.043. Acesso em: 17 set. 2023.

EWIG, C.L.Y.; TANG, K.M.; LEUNG, T.F.; YOU, J.H.S. Influenza vaccine coverage and predictive factors associated with influenza vaccine uptake among pediatric patients. **American Journal of Infection Control**, v. 46, n. 11, p. 1278-1283, 2018. Disponível em: DOI 10.1016/j.ajic.2018.04.219. Acesso em: 17 set. 2023.

FERNANDES, A.C.N.; GOMES, K.R.O.; ARAUJO, T.M.E.; MOREIRA-ARAÚJO, R.S.R. Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 870-882, 2015.

FLANNERY, B.; CLIPPARD, J.; ZIMMERMAN, R. K.; NOWALK, M. P.; JACKSON, M. L. *et al.* Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness - United States, January 2015. **MMWR - Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 64, n. 1, p. 10-15, 2015.

HADJIPANAYIS, A.; ESSO, D.V.; TORSO, S.D.; DORNBUSH, H.J.; MICHAILIDOU, K. *et al.* Vaccine confidence among parents: Large scale study in eighteen European countries. **Vaccine**, v. 38, n. 6, p. 1505-1512, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.11.068>. Acesso em: 17 set. 2023.

HARVEY, H.; REISSLAND, N.; MASON, J. Parental reminder, recall and educational interventions to improve early childhood immunisation uptake: A systematic review and meta-analysis. **Vaccine**, v. 33, n. 25, p. 2862-2880, 2015.

HOFSTETTER, A.M.; NATARAJAN, K.; MARTINEZ, R.A.;

RABINOWITZ, D.; VAWDREY, D.K. *et al.* Influenza vaccination coverage and timeliness among children requiring two doses, 2004-2009. **Preventive Medicine**, v. 56, n. 3-4, p. 165-170, 2012. Disponível em: DOI 10.1016/j.ypmed.2012.11.018. Acesso em: 17 set. 2023.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal de Joinville. Secretaria de Planejamento Urbano e Desenvolvimento Sustentável - SEPUD. **Joinville Cidade em Dados 2017**. Prefeitura Municipal de Joinville, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3OUFBMm>. Acesso em: 14 ago. 2023.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal de Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão 2016**. Disponível em: <https://bit.ly/3s4aPYu>. Acessado em: 14 ago. 2023.

KOTLOFF, K.L.; HALASA, N.B.; HARRISON, C.J.; ENGLUND, J.A.; WALTER, E.B. *et al.* Clinical and immune responses to inactivated influenza A(H1N1)pdm09 vaccine in children. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 33, n. 8, p. 865-871, 2014. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000000329>. Acesso em: 17 set. 2023.

KROGER, A.; BAHTA, L.; LONG, S.; SANCHEZ, P. General best practice guidelines for immunization. **Best Practices Guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)**. Disponível em: <bit.ly/3JDVLo3>. Acesso em: 14 ago. 2023.

LI-KIM-MOY, L.; WOOD, N.; JONES, C.; MACARTNEY, K.; BOOY, R. Impact of fever and antipyretic use on influenza vaccine immune responses in children. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 37, n. 10, p. 971-975, 2018. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1097/INF.00000000000001949>. Acesso em: 17 set. 2023.

NELSON, A. **Pediatric two-dose influenza vaccination series: impact of text message reminders on adherence to second dose**. East Carolina University 2018. Disponível em: <bit.ly/2ZMAZOc>. Acesso em: 14 ago. 2023.

NG, S.; LOPEZ, R.; KUAN, G.; GRESH, L.; BALMASEDA, A. *et al.* The timeline of influenza virus shedding in children and adults in a household transmission study of influenza in Managua, Nicaragua. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 35, n. 5, p. 583-586, 2016. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000001083>. Acesso em: 17 set. 2023.

RAINEY, J.J.; WATKINS, M.; RYMAN, T.K.; SANDHU, P.; BO, A. Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low and middle income countries: findings from a systematic review of the published literature, 1999-2009. **Vaccine**, v. 29, n. 46, p. 8215-8221, 2011. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.08.096>. Acesso em: 17 set. 2023.

SANTIBANEZ, T.A.; GROHSCOPF, L.A.; ZHAI, Z.; KAHN, K.E. Complete influenza vaccination trends for children six to twenty-three months. **Pediatrics**, v. 137, n. 3, 2016. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3280>. Acesso em: 17 set. 2023.

SCOBIE, H.M.; EDELSTEIN, M.; NICOL, E.; MORICE, A.; RAHIMI, N. *et al.* Improving the quality and use of immunization and surveillance data: Summary report of the Working Group of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. **Vaccine**, v. 38, n. 46, 2019. Disponível em: DOI <http://bit.ly/3kkaFEH>. Acesso em: 17 set. 2023.

SILVA, F.S.; BARBOSA, Y.C.; BATALHA, M.A.; RIBEIRO, M.R.C.; SIMOES, V.M.F. *et al.* Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 3. 2018. Disponível em: DOI [10.1590/0102-311X00041717](https://doi.org/10.1590/0102-311X00041717). Acesso em: 17 set. 2023.

SILVEIRA, M.F.; BUFFARINI, R.; BERTOLDI, A.D.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D. *et al.* The emergence of vaccine hesitancy among upper-class Brazilians: Results from four birth cohorts, 1982-2015. **Vaccine**, v. 16, n. 3, p. 482-488, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.10.070>. Acesso em: 17 set. 2023.

em: 17 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Vaccines against influenza WHO position paper – November 2012. **Weekly epidemiological record**, v. 87, n. 47, p. 461-476, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Ten threats to global health in 2019 apud SCHERES, J.; KUSZEWSKI, K. The Ten Threats to Global Health in 2018 and 2019. A welcome and informative communication of WHO to everybody. Disponível em: <https://bit.ly/3KET5tp>. Acesso em: 14 ago. 2023.

ZHOU, H.; THOMPSON, W.W.; BELONGIA, E.A.; FOWLKES, A.; BAXTER, R. *et al.* Estimated rates of influenza associated out patient visits during 2001-2010 in 6 US integrated healthcare delivery organizations. **Influenza and Other Respiratory Viruses**, v. 12, Issue 1, p. 122-131, 2018. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1111/irv.12495>. Acesso em: 17 set. 2023..

CAPÍTULO 5

PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADOLESCENTES ESCOLARES

**Jordana Barbosa da Silva, Bruna Cavon Luna, Fernanda Gaideski,
Helena Holtz Spina, Thais do Amaral Tomasoni,
Ana Carolina Brandt de Macedo, Ariani Cavazzani Szkudlarek**

Introdução

As doenças cardiovasculares fazem parte do grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais compõem a síndrome plurimetabólica (obesidade, hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemia) (Da Costa *et al.*, 2020) sendo uma das principais causas de morte no mundo entre os adultos. A infância e a adolescência são fases fundamentais no processo de prevenção pois estão ocorrendo mudanças biológicas no corpo humano (Guilherme *et al.*, 2015). Entender o comportamento dos fatores de risco cardiovasculares ao longo dos anos é de fundamental importância, posto que propicia o desenvolvimento de alterações no aparelho cardiovascular. Assim, o conhecimento sobre os fatores de risco cardiovasculares em populações jovens brasileiras tem grande importância para a adoção de medidas de prevenção primária (Campana *et al.*, 2014).

Existem evidências de que o processo de desenvolvimento da aterosclerose tem início na infância e aumenta com a idade em conjunto com os fatores de risco apresentados. Por isso, a prevenção de doenças cardiovasculares deve iniciar na infância por meio da educação em saúde cardiovascular abordando temas sobre alimentação e prática regular de exercícios físicos (Diniz *et al.*, 2020). Além do incentivo à prática de exercícios físicos, a promoção da alimentação saudável também tem se tornado um grande alvo de campanhas para prevenção de DCNT (De Oliveira *et al.*, 2019).

Sabe-se que os programas de prevenção de comorbidades apresentam mais eficácia quando realizados em escolas de Ensino Fundamental e Médio. Isto porque as crianças mais novas apresentam dificuldade de assimilação dos conceitos tratados nas intervenções. Além disso, o adolescente gerencia sua alimentação e atividades rotineiras, como a prática da atividade física (Sichieri e Souza, 2008).

Já são encontradas na literatura evidências sobre a manifestação das doenças cardiovasculares na idade adulta tem início na infância e adolescência. Sendo assim, aqueles que apresentam fatores de risco na fase adolescente têm maior probabilidade de apresentarem alguma doença na idade adulta. Desta forma, programas

de prevenção e cuidado do sistema cardiovascular podem diminuir manifestações adversas no futuro. Além disso, a abordagem deste tema para com os indivíduos de menor idade proporciona uma mudança nos hábitos que irão se propagar até a vida adulta, sendo difícil a mudança de maus hábitos e grande aderência nos programas de prevenção na fase adulta (Dos Santos *et al.*, 2021). Com isso, o objetivo deste projeto foi prevenir as doenças cardiovasculares em adolescentes escolares.

Metodologia

Este projeto foi desenvolvido na disciplina de Promoção e Prevenção da Saúde do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Paraná UFPR), realizado em parceria com o Colégio Militar de Curitiba.

O projeto contou com 7 encontros entre as acadêmicas de Fisioterapia e 9 estudantes do gênero masculino do Colégio Militar, com faixa etária de 15 a 17 anos. As intervenções ocorreram no intervalo do treino de basquete e cada atividade durava em torno de 15 a 30 minutos. Foram propostas discussões e atividades práticas sobre conceitos do sistema cardiovascular e das doenças que o acometem (aterosclerose, diabetes, acidente vascular encefálico), noções básicas sobre alimentação saudável e a prática de exercícios físicos. As atividades práticas englobaram um “Quizz Cardiovascular”, circuito com atividades aeróbicas, desafio de montagem do cardápio ideal e questionários de assimilação do conteúdo. O cronograma das atividades está apresentado no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1- Cronograma das atividades realizadas com os escolares

Nº do encontro	Atividade realizada
1	Discussão sobre os conceitos de sistema cardiovascular, sistema circulatório, Aterosclerose, Diabetes, Acidente Vascular Encefálico, noções básicas de alimentação saudável e importância da prática de exercícios físicos.
2	Aplicação da primeira prova do projeto: os adolescentes responderam questões sobre sistema cardiovascular na forma de uma prova escrita. A prova era individual e constava com 6 questões discursivas sobre constituição do sistema cardiovascular, sua função, mecanismo de ação de algumas doenças vasculares, todos os conceitos previamente abordados.

3	Devolutiva da 1ª prova. As acadêmicas da UFPR conversaram com os adolescentes sobre cada uma das questões e disponibilizaram o gabarito das mesmas. Além disso, realizaram uma breve explicação sobre os assuntos com maiores erros (componentes do sistema cardiovascular e diabetes), além do aprofundamento da discussão sobre os temas abordados.
4	“Quiz Cardiovascular” -o exercício foi realizado na quadra de esportes do Colégio Militar de Curitiba. Os alunos foram divididos em duas equipes (Anexo 1) e cada uma recebeu 15 balões de ar inflados, quantidade equivalente ao número de perguntas que compunham o quiz. As perguntas foram elaboradas com base nos encontros anteriores das acadêmicas com os alunos. Os temas abordados foram: anatomia do sistema cardiorrespiratório, fisiologia do coração, pressão arterial, colesterol, glicose, doenças cardiovasculares e fatores de risco cardiovasculares. O grupo que acertasse a pergunta, recebia o direito de estourar um balão da equipe adversária. O objetivo final era manter a maior quantidade de balões inflados. O jogo realizou-se da seguinte forma: um integrante de cada equipe era escolhido a cada rodada. Uma das acadêmicas da UFPR ficou posicionada entre os adolescentes e com as duas mãos estendidas. Após receber autorização das acadêmicas supervisoras da atividade que estavam lendo a pergunta, os adolescentes deveriam bater na mão daquela que estivesse entre eles. Quem realizasse o movimento de maneira mais rápida obtinha o direito da resposta. Em casos em que a resposta estava errada, o grupo adversário obtinha o direito de responder a questão.
5	Conversa sobre alimentação e explicação sobre os “dez passos da alimentação saudável” (Anexo 2): frequência das refeições, o que deve ser evitado, quais alimentos possuem fibras, alertas sobre o excesso de sódio e açúcar, consumo de frutas e verduras. Neste encontro, os alunos também receberam informações sobre o colesterol LDL e HDL.
6	Participação de circuito aeróbico a fim de estimular a atividade aeróbica e ilustrar as diferenças que ocorrem no organismo após esse tipo de exercício físico. Para isso, foram aferidas pressão arterial e frequência cardíaca antes e imediatamente depois da realização do circuito. O circuito teve início com 5 flexões seguidas de saltos (<i>burpees</i>), pulos em círculos (<i>bambolês</i>) dispostos no chão, 15 polichinelos e corrida em zigue-zague desviando objetos. Os alunos deveriam fazer a ida e a volta do circuito. Ao final da atividade, os valores de pressão arterial e frequência cardíaca foram expostos aos alunos que, então, puderam perceber a diferença nos valores antes e após a realização do exercício aeróbico. Ocorreu uma breve explicação dos mecanismos fisiológicos antes e após a realização do exercício físico.
7	Breve revisão dos assuntos abordados durante o projeto, como funcionamento do sistema cardiovascular, as doenças mais comuns desse sistema e quais suas causas, como preveni-las dando ênfase à prática de atividade física e alimentação saudável. Realização da última prova teórica e aplicação do questionário de satisfação em participação na pesquisa.

Fonte: As autoras (2023).

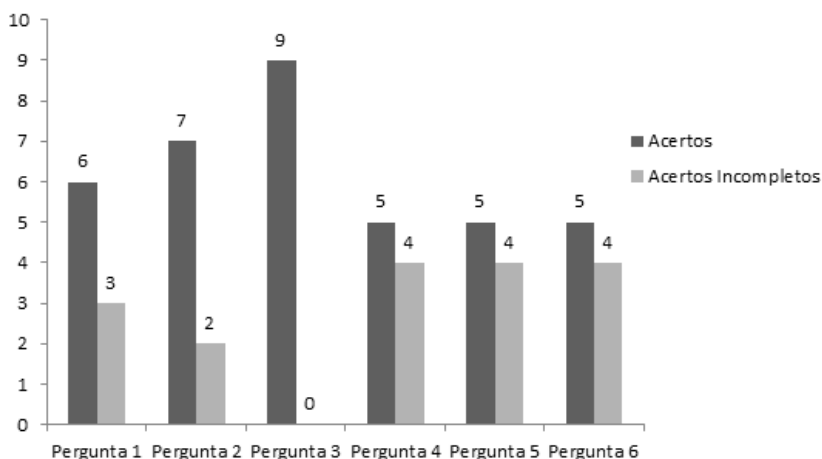
Para avaliar o impacto do projeto, foi aplicada uma prova escrita e individual no 2º e 7º encontro composta por 6 questões para quantificar o conteúdo fixado. Adicionalmente, foi entregue um questionário de satisfação que avaliava o projeto e quais eram suas opiniões dos adolescentes sobre ele.

Resultados e discussão

Nesta pesquisa, todos os adolescentes participaram das atividades práticas e teóricas propostas. No primeiro teste sobre o sistema cardiovascular, 3 alunos acertaram todas as questões, 1 respondeu parcialmente certa uma questão sobre componentes do sistema cardiovascular e acertou as outras questões e 3 tiveram dificuldade

para responder à pergunta sobre diabetes e a absorção de glicose. Na última prova, não houve nenhum impedimento por parte dos alunos para responder as questões propostas. Não houve resposta incorreta, ou seja, todos eles acertaram total ou parcialmente as perguntas. Os resultados estão expostos na Figura 1.

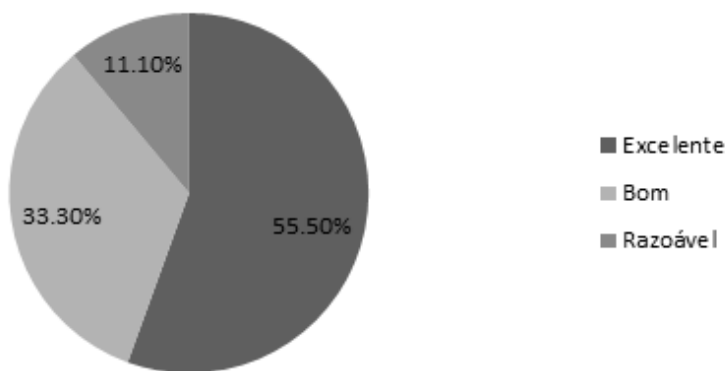
Figura 1 - Resultado das respostas da prova aplicada no último encontro



Fonte: As autoras (2023).

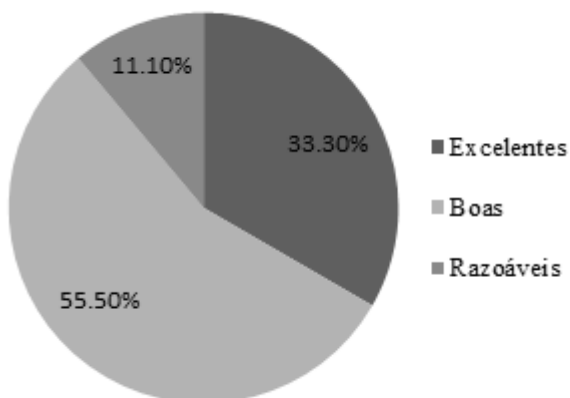
Em sua maioria (55,5%), o projeto foi classificado como excelente, 33,3% mencionaram que o projeto foi bom e 11,1% assinalaram que o projeto foi razoável (Figura 2). Ainda, as atividades do projeto foram classificadas como excelentes por 33,3% e 55,5% disseram que as atividades foram boas. Apenas 11,1% assinalaram a resposta “razoável” (Figura 3). A maioria dos estudantes (55,5%) responderam que as atividades realizadas no projeto incentivaram a prática de atividades físicas. Quanto ao consumo de alimentos saudáveis, 44,4% respondeu que teve uma excelente influencia vinda do projeto e 55,5% disseram que a influência foi boa.

Figura 2 - Avaliação final do projeto



Fonte: As autoras (2023).

Figura 3 - Avaliação das atividades do projeto



Fonte: As autoras (2023).

O projeto realizado foi de grande importância para divulgação e conhecimento do sistema cardiovascular, comorbidades e métodos de prevenção das mesmas. As atividades preconizaram à iniciativa do Governo Federal, o Programa Saúde na Escola, que trabalha também com prevenção de doenças nas escolas. O objetivo é contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. O público do programa são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde e comunidade escolar.

Os participantes desta pesquisa foram ativos em relação às atividades propostas, ou seja, dialogavam, realizavam questionamentos e demonstravam interesse nos temas abordados. Soma-se a isso o fato de que todos eles responderam corretamente o questionário de perguntas sobre o sistema cardiovascular aplicado no último encontro.

Em revisão sistemática, Hayba *et al.* (2021) relataram que as intervenções de prevenção que agregam programas de educação física, informações nutricionais e mudança de hábito são mais eficazes no combate de comorbidades em crianças e adolescentes. O estudo de Dos Santos Guimarães *et al.* (2021) vai ao encontro aos resultados citadas anteriormente, pois enfatiza que para esta faixa etária os métodos a serem adotados são: hábito alimentar saudável (exclusão do consumo excessivo de calorias e gorduras em geral), prática de exercícios físicos constante e a não-adoção do tabagismo. Não foi possível realizar o contato com a família dos participantes deste estudo. Porém, após cada abordagem realizada era incentivada a realização das práticas saudáveis no ambiente domiciliar, isto porque a família é uma grande influenciadora dos hábitos de vida, principalmente na infância e adolescência.

De acordo com Figueredo *et al.* (2021), as atividades de promoção e prevenção em ambiente escolar são importantes, pois permitem realizar o monitoramento da efetividade do programa no mesmo ambiente.

O colégio em que foram realizadas as intervenções dispunha de infraestrutura e disponibiliza vagas para prática de atividade física no período em que os alunos não estavam em aula. Além disso, as equipes de treino participam de campeonatos com outras escolas. Isto funciona como incentivo e impulsiona os alunos a participarem dos treinos, além de ser um mecanismo de combate ao sedentarismo na adolescência. Portanto, era de conhecimento comum que os participantes da pesquisa eram atletas, realizavam atividade física 3 vezes na semana e não eram obesos. Segundo Viera *et al.* (2023), a informação e a motivação para o engajamento com atividade física regular podem contribuir para minimizar sobrepeso e proporcionar melhor desempenho em atividades da vida diária.

As atividades realizadas juntamente com os alunos foram de fácil elaboração e de uma linguagem que fosse de fácil entendimento para os mesmos. Isto tornou mais dinâmica a discussão sobre os casos e proporcionou um ambiente amigável entre as acadêmicas e os participantes da pesquisa. Além disso, eles relataram que as dinâmicas do projeto incentivaram na prática de exercícios físicos e consumo de alimentos saudáveis. De acordo com Sichiari e Souza (2008), o aumento da complexidade das informações presentes nos programas de prevenção de comorbidades dificulta o processo de assimilação dos alunos.

Apesar dos encontros ocorrerem em um curto período de tempo e em poucas semanas, a maioria dos estudantes avaliou as práticas de maneira positiva, otimizando futuras pesquisas de prevenção e promoção da saúde compostas por atividades teóricas e práticas, em sua maioria ações lúdicas para captar a atenção e colaboração dos jovens. Outros temas podem ser abordados em futuras intervenções, como o tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e saúde sexual.

Conclusão

A prevenção das doenças cardiovasculares é importante, principalmente na adolescência, visto que estas são responsáveis por um grande número de mortes no Brasil e no mundo. A realização do projeto em parceria com o Colégio Militar de Curitiba foi de grande

valia para as acadêmicas pois puderam associar a teoria com o trabalho prático realizado para prevenção da saúde. Os adolescentes puderam adquirir conhecimento sobre os fatores de risco de doenças cardiovasculares, benefícios da alimentação saudável e prática de atividades físicas. A conscientização é fruto do conhecimento, que terá maior valor se colocado em prática. Ter hábitos saudáveis é de grande relevância na vida de um ser humano, e seus danos são causados a curto e longo prazo.

Referências

CAMPANA, E.M.G. *et al.* Pressão arterial na adolescência, adipócinas e inflamação no adulto jovem. Estudo do Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, p. 60-69, 2014.

DINIZ, S.N. *et al.* Dislipidemia na infância e adolescência: um olhar para educação em saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e3759119865-e3759119865, 2020.

DA COSTA, P.R. *et al.* Prevalência de síndrome metabólica e perfil nutricional de pacientes obesos cardiopatas hospitalizados. **Fag Journal of Health (FJH)**, v. 2, n. 2, p. 259-272, 2020.

DE OLIVEIRA, G.G.P. *et al.* Estilo de vida como fator de prevenção da aterosclerose. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 2, 2019.

DOS SANTOS GUIMARAES, L.V. *et al.* Obesidade na adolescência: um problema de Saúde Pública. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5521-e5521, 2021.

FIGUEIREDO, A.R. *et al.* Ação educativa acerca dos fatores de riscos de doenças cardiovasculares em adolescentes: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 42, p. e2292-e2292, 2020.

GUILHERME, F.R. *et al.* Índice de massa corporal, circunferência da cintura e hipertensão arterial em estudantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 214-218, 2015.

HAYBA, N.; RISSEL, C.; ALLMAN FARINELLI, M. Effectiveness of lifestyle interventions in preventing harmful weight gain among adolescents: A systematic review of systematic reviews. **Obesity Reviews**, v. 22, n. 2, p. e13109, 2021.

SICHERI, R.; SOUZA, R.A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 209-234, 2008.

VIEIRA, V.B. *et al.* O exercício físico como uma alternativa para o

controle da pressão arterial em hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Arq. Ciências Saúde UNIPAR**, p. 2460-2470, 2023.



SEÇÃO II

ACIDENTES, TRAUMAS E VIOLÊNCIAS: AS MORBIMORTALIDADES POR CAUSAS EXTERNAS

CAPÍTULO 6

DESAFIOS NA INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Marcia Maehler Matteussi, Giovana Daniela Pecharki,
Renata Fontoura Fiore, Arlete Ana Motter, Talita Gianello
Gnoato Zotz, Eliana Remor Teixeira**

Introdução

O conhecimento sobre acidentes de trabalho (AT) exige compreender o trabalho real, suas dificuldades e variações (GUÉRIN, 2005). Para tal, faz-se necessário o desenvolvimento de capacidades e metodologias específicas para a análise, bem como para intervenção de caráter preventivo.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de saúde do trabalhador são garantidas desde a promulgação da constituição, a qual estabelece para todos os trabalhadores, o acesso às medidas de promoção, prevenção e assistência (CF, art.200, II). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem como finalidade definir os princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador (ST), com ênfase na vigilância. Nesse contexto, destacam-se a investigação dos eventos e a intervenção nos processos e ambientes de trabalho, realizadas pelas equipes de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no SUS. Isso contribui para a identificação e a redução dos condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho (Brasil, 2012).

Entre os agravos de notificação compulsória relacionados ao trabalho, os acidentes de trabalho graves se destacam pelo incremento de casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) anualmente, representando 53% do total de agravos relacionados à saúde do trabalhador (ST) notificados no período de 2007 a 2022 (1.559.432 casos) no país (Smartlab, 21 jul. 2023). A magnitude deste agravo na população brasileira remete a relevância da investigação destes acidentes alinhando com as estratégias propostas pela PNSTT. Entretanto, a implantação dessa política requer questões organizacionais que ainda estão em construção em diferentes níveis nos municípios. Dessa forma, ocorrerá de acordo com as dificuldades e/ou facilidades encontradas pelas diversas equipes de VISAT. O objetivo desta pesquisa foi compreender o processo das investigações obrigatórias de acidentes de trabalho graves realizado pelas equipes de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS em um município de grande porte na Região Sul do país.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo sobre a investigação de acidentes de trabalho realizado pelas equipes de VISAT no SUS, em um município de grande porte no Sul do Brasil. A pesquisa dividiu-se em 5 fases: revisão de literatura, exploratória, levantamento de dados (trabalho de campo), análise e tratamento dos dados (Minayo, 2013). A escolha do objeto de estudo foi a investigação de acidentes de trabalho graves, devido à sua elevada ocorrência e pelo impacto que esse evento leva ao trabalhador e à sociedade. O delineamento da pesquisa remetia à pergunta: “Como ocorre o processo de investigação de acidente de trabalho grave?”. Para responder ao problema de pesquisa optou-se pelo estudo de caso conforme o proposto por Yin (2010).

Amostra

A amostra do estudo foi composta por 15 servidores que representam 93,8% dos profissionais que realizavam a investigação de acidentes de trabalho no município. Os mesmos encontravam-se lotados nos nove Distritos Sanitários existentes, nomeados como técnicos da vigilância sanitária e estatutários. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sendo aprovada sob Parecer nº 1.426.569 e também ao Comitê de Ética em Pesquisa do município estudado sendo aprovada sob Parecer nº 1.459.862. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado previamente por todos os participantes.

Obtenção de dados

A aproximação com o objeto de estudo por meio de contato prévio com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para concordância para participação da pesquisa, a revisão de literatura e a finalidade de confrontar a realidade com o prescrito nas normativas convergiu para elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado embasado na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012; Gil, 2008) (Quadro 1).

Quadro 1 – Questões do roteiro de entrevista semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
1)	Qual a sua formação profissional?
2)	Quanto tempo de formação (anos)?
3)	Qual a sua escolaridade? (Nível técnico, Nível superior, Especialização, Mestrado, Doutorado)
4)	Quanto tempo de atuação como servidor nessa prefeitura (anos)?
5)	Quanto tempo nessa função (técnico de Vigilância Sanitária atuando em Saúde do Trabalhador)?
6)	Como você foi capacitado em Vigilância em Saúde do Trabalhador?
7)	Como você foi capacitado para investigar acidentes de trabalho (AT)?
8)	Qual instrumento legal que utiliza para embasar a execução das atividades de investigação de acidente de trabalho? (Código de Saúde Municipal, NR, Código Estadual, Portarias)
9)	Como chega para você a demanda para a investigação de AT?
10)	Você conhece a existência de um fluxo de informações de Acidentes de trabalho no município? (da identificação do acidente até investigação do acidente). Comente.
11)	Quais os serviços envolvidos no fluxo? (hospital, CEREST, UMS)
12)	Quais são os agravos investigados? Por que estes são investigados?
13)	Quais eventos relacionados ao trabalho você considera como acidentes de trabalho grave?
14)	Qual o tempo percorrido, na maioria dos casos, entre a data do acidente e a data da sua investigação do acidente em dias?
15)	Você adota alguma metodologia de investigação de acidentes de trabalho? Qual?
16)	Durante alguma fase do processo de investigação há a participação do trabalhador acidentado? Como?
17)	Você conhece a existência de indicadores relacionados à vigilância dos acidentes de trabalho realizados pelas equipes VISAT? Em caso afirmativo, cite um exemplo.
18)	Na sua atividade você percebe que existe facilidade em articulação do VISAT com outros setores como Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS – ANTIGO INSS E MTE) entre outros? Comente.
19)	Com relação as Unidades Básica de Saúde e a VISAT você observa se existe articulação entre estes setores? Exemplifique.
20)	Como você avalia a participação atual do MTE na investigação e intervenção no ambiente de trabalho?
21)	Comentar sobre as facilidades e/ou dificuldades locais de integração entre a VISAT e Superintendência do Ministério do Trabalho. Você tem sugestões para melhorias desta integração.
22)	Como você realiza a investigação de AT, nos casos de trabalho informal ou domiciliar?
23)	Como você diferenciaria uma abordagem da Vigilância Sanitária e da Vigilância em Saúde do Trabalhador? Qual a sua opinião desta atribuição de questões Saúde do Trabalhador para equipe de Vigilância Sanitária?

Fonte: Matteussi (2017).

O registro fidedigno das falas dos participantes da pesquisa foi alcançado pela utilização do recurso de gravação das entrevistas. Além das respostas durante a entrevista, foi solicitado aos participantes realizar ilustrações, o que permitiu explicitar a compreensão do fluxo de informações no município sobre os acidentes de trabalho graves. As entrevistas foram realizadas no ano de 2016.

Análise e tratamento dos dados

A última fase do estudo ocorreu por meio da análise de conteúdo, utilizando como unidade de registro o tema, seguindo os pólos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações. Para o preparo do material a ser utilizado, procedeu-se à transcrição na íntegra de todas as falas dos entrevistados. Realizou-se, então, a leitura flutuante, ordenação e classificação dos dados (Bardin, 2011).

A categorização nesta pesquisa possuía um esquema pré-definido, de acordo com os pressupostos estabelecidos pela PNSTT sendo definidas as seguintes categorias: Conceito de Acidente de Trabalho Grave, Indicadores, Capacitação, Processo de Trabalho, Relação Intersetorial e Abordagem VISÁ/VISAT. Contudo, ao realizar a leitura flutuante, uma nova categoria surgiu: Percepção do Profissional sobre o Foco de Atuação de Cada Instituição, ou seja, a fala dos participantes confrontando com o roteiro da pesquisa acabaram por trazer atualizações no escopo inicial da categorização.

Resultados e discussão

a amostra era composta em sua totalidade pelo sexo feminino e, quanto a sua distribuição por faixa etária, observou-se que houve um predomínio de trabalhadores com idade entre 30 a 39 anos, totalizando 53,3% da amostra. As categorias profissionais dos participantes estavam representadas por Odontologia (33,3%), Enfermagem (33,3%), Farmácia (13,3%), Biologia (6,7%), Fisioterapia (6,7%) e Medicina (6,7%).

Apesar da PNSTT não exigir uma qualificação no nível de especialização para os profissionais de VISAT, na caracterização dos entrevistados, observou-se que 100% apresentavam nível superior e no mínimo uma especialização (Brasil, 2012). Cerca de 67% dos entrevistados apresentaram especialização em Saúde Coletiva, Vigilância em Saúde ou Saúde do Trabalhador. Esses fatos podem ser considerados como potencialidades para o desenvolvimento das atividades de investigação, com um olhar voltado à saúde pública.

No que se refere ao tempo de atuação no serviço público, observou-se que onze profissionais relataram atuação igual ou inferior a 10 anos. Já quanto ao tempo de experiência em atividades de ST, foi possível evidenciar a grande amplitude do tempo relatado, variando esse tempo de 1 mês até 10 anos, sendo que 66,6% entrevistados atuavam até dois anos (Tabela 1). O tempo reduzido de experiência na atuação em ST pode sugerir baixa permanência na função, tendo como consequência uma alta rotatividade e desestímulo aos profissionais. Este fato corrobora com os achados de Vaz, Cunha e Oliveira (2011) e Maeno e Vilela (2010).

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais da VISAT por tempo de atuação em saúde do trabalhador em um município da Região Sul do Brasil em 2016

Tempo de Atuação	N	%
Menos de 1 ano	05	33,3%
1 a 2 anos	05	33,3%
3 a 5 anos	02	13,3%
6 a 10 anos	03	20,0%

Fonte: Matteussi (2017).

As categorias analisadas no estudo encontram-se mencionadas no Quadro 2 e descritas a seguir.

Quadro 2 - Resumo dos principais resultados encontrados

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Conceito de acidente de trabalho grave	Não há subcategorias	Todos os entrevistados conceituaram o AT Grave, contudo baseado nas suas experiências, exaltando a questão de dano permanente ou temporário.
Indicadores	Não há subcategorias	73,3% dos participantes desconhecem a existência de indicadores.

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Capacitação	Conhecimento Tácito	Todos os participantes afirmaram terem sido capacitados desta forma.
	Conhecimento Formal	A maioria (n= 14) não citou capacitação formal.
	Avaliação e Aplicabilidade	Na maioria das falas sobre conhecimento formal percebeu-se a falta de completude e desencontro com o esperado pelos entrevistados.
Processo de trabalho	Demanda	O CEREST foi o principal desencadeador. E 53% dos entrevistados, aproximadamente, relataram excesso ou demanda reprimida.
	Tempo	Variou de 30 dias a quatro anos.
	Fluxo de informações	A maioria (86,6%, n=13) afirmou conhecer ou exemplificou o que entendia como um fluxo, porém a instituição formal desse fluxo não foi relatada.
	Metodologia de Investigação	Houve relato de conhecimento formal por alguns participantes (33,3%,n=5), exemplificando capacitações como a <i>Árvore de Causas e Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes</i> , porém, afirmaram que não conseguem ou que aplicam parcialmente na prática.
	Instrumento Legal	A existência da temática de ST no código sanitário municipal refletiu-se na constância de citação da legislação pelos entrevistados (100%, n=15), porém houve citação de outras leis, como Normas Regulamentadoras e Código Sanitário Estadual.
	Participação do Trabalhador	Essa participação do trabalhador acidentado durante o processo investigativo foi confirmada pela maioria (73,3%,n=11).
	Trabalho Informal e Domiciliar	Aproximadamente metade dos entrevistados (46,6%, n=7) declarou já ter investigado acidentes de trabalho relacionados ao emprego informal, sendo mais incomum o domiciliar, porém citam dificuldade em realizar.

Relação intra e intersectorial	Unidade Básica de Saúde	Foi descrito como ausente pela maioria dos entrevistados (60%, n= 9)
	Ministério Público do Trabalho e outros	A maioria relatou que desconhece esta relação (66,6%, n= 10)
	Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)	Não houve relato da participação efetiva (66,6%, n=10).
Percepção do profissional sobre o foco de atuação	Não há subcategorias	Houve um consenso ao determinar que o MTPS foca nas questões administrativas como documentos, questões jurídicas e trabalhistas. Já para a atuação do SUS foram citadas palavras como: saúde, risco, processo de trabalho, acidente (46,6%, n=7).
Abordagem visa/visat	Não há subcategorias	Dez participantes (66,6%) alegaram ter diferença na abordagem.

Fonte: Matteussi (2017).

Conceito de acidente de trabalho grave

A primeira categoria levantada na pesquisa foi sobre o conceito de acidente de trabalho grave. Os termos sequela e incapacidade foram os mais citados nas falas dos entrevistados, o que sugere que os participantes compreendem o conceito definido pelo protocolo de Notificação de Acidentes do Trabalho do Ministério da Saúde (MS)(Brasil, 2006). Além disso, palavras como mutilação e comprometimento permanente e temporário também foram relatados, conforme exemplificado: “[...] é... que deixam dano permanente né, é... amputação, traumatismo enfim que vai deixar alguma sequela permanente [...].” (Entrevistada D30).

Indicadores

Na categoria denominada indicadores, foi observado que a maioria dos profissionais da VISAT desconhece a existência dos mesmos relacionados à vigilância dos acidentes de trabalho (n= 11), como o exemplificado no relato abaixo:

Não tem indicadores... não tenho diagnóstico... se houvesse uma epidemiologia nós saberíamos o que é realmente importante e onde a gente tem que atacar... não sei da

cabeça de quem sai... isso, aquilo... talvez até eles tenham... uma fundamentação, mas deveria ser claro... deveria... ser discutido [...] (Entrevistada D2B).

O desconhecimento sobre indicadores de ST pode indicar inexistência dos mesmos no município, resultando na falta de um diagnóstico sobre a situação de saúde dos trabalhadores. O impacto dessa lacuna de informações sobre os trabalhadores é apontado na literatura como umas das dificuldades na área de ST, culminando na inviabilidade de planejamento de medidas factíveis e condizentes com a realidade local (Gomez; Machado; Pena, 2011; Santana; Silva, 2009; Galdino; Santana; Ferrite, 2012).

Capacitação

Com relação à capacitação, o conhecimento formal não foi relatado por 93,33% dos técnicos. Já o conhecimento tácito foi a primeira resposta dos participantes (Aranha, 1997). Ao incentivar os participantes a discorrerem sobre experiência de conhecimento formal, pôde-se perceber a sensação de falta de completude e o desencontro com o esperado pelos entrevistados do que consideram uma capacitação adequada: “[...] a gente teve umas coisas mais específicas ... picados (ressalta picados), assim não uma formação contínua[...].” (Entrevistada D4E).

Segundo Santana e Silva (2009) e Vasconcellos, Almeida e Guedes (2009), a capacitação dos profissionais é de suma importância no desenvolvimento das ações de ST, sendo salientada na PNSTT, no entanto, essa não ocorre para muitos técnicos corroborando com os achados no estudo. As implicações da insuficiência de capacitação são relatadas pelos entrevistados como ausência de padronização nas suas ações, situação já apontada em estudo sobre os CERESTs, que apresentaram grande diversidade nas ações realizadas (Santana; Silva, 2009). De acordo com Vaz, Cunha e Oliveira (2011) e Santos (2001), o despreparo e a falta de estímulos à capacitação somam-se às consequências citadas, as quais resultam na falta de efetivação das políticas de saúde.

Processo de trabalho

Ao tratar das especificidades do processo de trabalho, foram elencadas questões que permeiam toda a estratégia de VISAT como: demanda, tempo, fluxo de informações, instrumento legal, metodologia de investigação, participação do trabalhador, trabalho informal e domiciliar.

Demanda

Foi mencionado, pelos participantes, o CEREST como principal desencadeador da demanda. Contudo, esse tema levantou questões como o quantitativo de demandas e existência de outras atribuições não associadas à ST que os profissionais realizam, situações as quais acabam impactando no processo de trabalho dos mesmos. As dificuldades relatadas para atender às exigências do trabalho evidenciam o escasso número de profissionais, o que gera sobrecarga no trabalho, fato observado nas falas: “[...] sobrecarga né, do, do trabalho... acaba tendo uma demanda grande ... o técnico de saúde do trabalhador tem uma demanda grande[...].” (Entrevistada D8J).

○ excesso de demanda relatado pelos participantes pode gerar consequências indesejáveis, tais como: tempo escasso para análise aprofundada dos casos de AT, dificuldade para apoiar a equipe nas questões de ST e sobreposição de atividades das diversas atribuições. Esses problemas descritos pelos entrevistados também foram observados no estudo de Daldon (2012).

○ dimensionamento dos técnicos de acordo com demanda resulta em questões como necessidade de contratação de novos profissionais, o que geralmente foge da governabilidade local. Contudo, isso impacta diretamente na melhoria do serviço (Maturino; Fernandes; Rêgo, 2018). Em estudo sobre os CERESTs, a questão da compatibilidade de recursos humanos com a demanda refletiu positivamente na produtividade do serviço resultando no aumento da notificação de acidentes de trabalho (Galdino; Santana; Ferrite, 2012).

Tempo

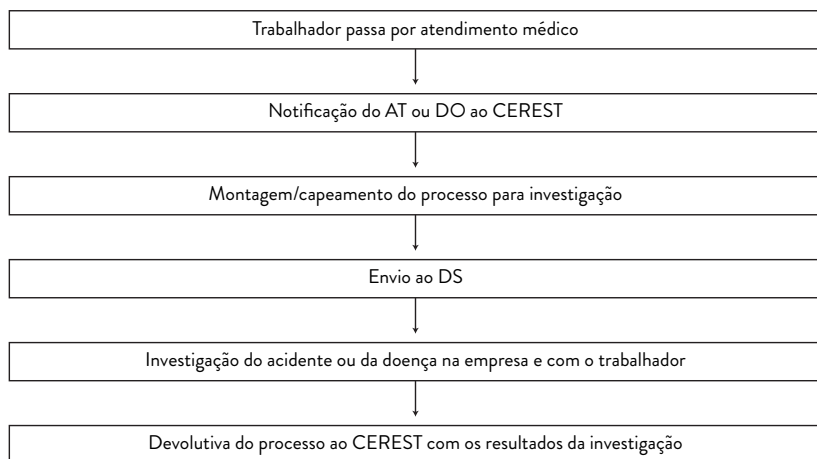
Houve ainda questionamento no que tange ao tempo decorrido da notificação até a investigação dos acidentes pelo técnico da vigilância sanitária. O tempo médio variou de 30 dias a 4 anos. Cinco entrevistados não souberam precisar a média. Segundo Maturino, Fernandes e Rêgo (2018), a agilidade para a conclusão das investigações está conectada a outros aspectos como os recursos humanos e capacitação dos mesmos, o que reafirma as dificuldades já apontadas pelos participantes desta pesquisa.

Fluxo de informações

No que se refere ao fluxo de informações, os técnicos envolvidos diretamente com a atividade de investigação fornecem dados sobre o acidente investigado para níveis superiores (CEREST Municipal). Treze técnicos afirmaram conhecer ou exemplificaram o que entendiam como um fluxo, sendo frequentemente citada a questão da notificação pelo SINAN e a comunicação de acidente de trabalho (CAT).

Contudo, a existência formal desse fluxo não foi relatada. Sugeriu-se então aos participantes que desenhassem a sua forma de compreensão do fluxo de informações de acidente de trabalho, conforme exemplificado na Figura 1.

Para Dias, Bertolini e Pimenta (2011) o conhecimento e a efetivação do fluxo por todos os envolvidos fortalecem o conceito de indissociabilidade das ações de assistência e vigilância, alcançando a tão pretendida visibilidade da ST em toda a rede. A falta de consolidação do fluxo de informações e ações citadas nos relatos evidencia um desafio na organização dos sistemas de VISAT.

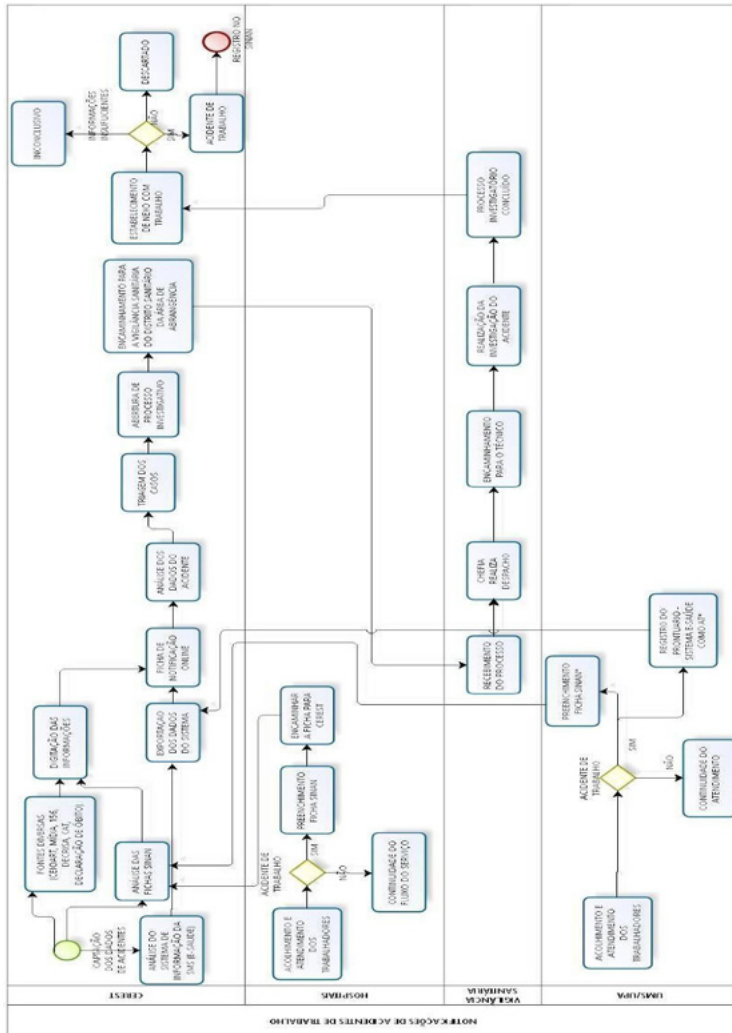
Figura 1 - Fluxograma da entrevistada D7I

Fonte: Entrevistada D7I (2016).

Diante dessa situação, a pesquisadora elaborou um fluxo baseado nas falas dos participantes e com informações descritas em relatório quadrimestral de gestão, disponível no endereço eletrônico da secretaria de Saúde do município. Após a validação pelo setor articulador dessas informações, CEREST Municipal, este fluxograma foi concluído e apresentado conforme Figura 2.

Em análise descritiva e comparativa dos fluxos ilustrados pelos participantes e do fluxograma construído pela pesquisadora, juntamente com a avaliação das respostas, pôde-se concluir que os participantes têm conhecimento do seu papel no contexto do seu trabalho. No entanto, notou-se um conhecimento parcial do fluxograma.

Figura 2 - Fluxograma de investigação de AT



Fonte: Matteussi (2017).

Metodologia de investigação

Ao tratar do assunto “metodologia de investigação”, houve relatos de conhecimento formal no tema pelos participantes, exemplificado por algumas das capacitações realizadas como a Árvore de

Causas e Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes (MAPA). A aplicabilidade dessas capacitações foi citada, demonstrando a utilização na sua rotina: “[...] à medida que eu entendo, sim né... que não tem nada a ver com a tua vivência até hoje (risos), com a tua formação e você chega lá toda perdida... eu acho que o MAPA pelo menos, ele te... dá um norte.” (Entrevistada D9L).

A obrigatoriedade de investigação dos acidentes graves é instituída pela legislação brasileira (Brasil, 2012, 2006). Contudo, a sua complexidade difere das investigações epidemiológicas tradicionais de doenças, ao iniciar pela diversidade de ambientes de trabalho, o que acaba por desafiar a capacidade explicativa dos profissionais que realizam essas atividades (Gomez; Machado; Pena, 2011).

Embora haja aprendizagem formal, há dificuldades na aplicação do conhecimento como, por exemplo, utilização de instrumentos como o MAPA, para tal é necessário sistematizar o processo de trabalho desses profissionais de forma a utilizar os conceitos da ferramenta (Almeida, 2014).

Instrumento legal

No que se refere ao instrumento legal, houve citação por todos os entrevistados do código sanitário municipal sugerindo um aporte para organizar as ações de VISAT baseadas na legislação. Os técnicos relataram ainda utilizar também o código sanitário estadual e as normas regulamentadoras (NRs). Este achado difere do descrito por Gomez, Machado e Pena (2011) que aponta a ausência de legislação que aborde questões de ST nos municípios como sendo um obstáculo para a realização das atividades da VISAT. Apesar da existência da temática de ST no código sanitário municipal, observa-se a necessidade de utilização das NRs como uma questão prática resolutiva ou então uma ação pontual focada no ambiente, mesmo não sendo intencional, o que contraria a histórica construção da ST (Minayo-Gomez ;Thedim-Costa, 1997).

Participação do trabalhador

A participação do trabalhador acidentado durante o processo investigativo foi confirmada pela maioria (n=11) dos entrevistados. Foi observado que os técnicos descreveram a conduta que tratava dos procedimentos e dos cuidados para estabelecer contato com o trabalhador e, principalmente, da fala do acidentado, enfatizando a importância da sua versão dos fatos para constituir o processo investigativo.

O controle social é inerente às práticas do SUS e à construção do conceito de ST, portanto, a menção dos entrevistados sobre a importância do relato dos trabalhadores traz uma preocupação dos técnicos sobre este fato. A valorização da fala dos trabalhadores na investigação dos acidentes exalta o descrito por Maturino, Fernandes e Rêgo (2018) e Lacaz (2013) remetendo à superação da perspectiva de individualidade como causadora dos agravos, alcançando o entendimento de que as repercussões negativas do trabalho impactam em toda a coletividade.

Trabalho informal e domiciliar

Entre as atividades que resultam em um grande desafio para as ações de investigação e intervenção para as equipes de VISAT, está a conduta adotada frente à informalidade e às atividades produtivas no domicílio. Aproximadamente metade dos entrevistados (n=7) declarou já ter investigado acidentes de trabalho relacionados ao emprego informal, sendo mais incomum o domiciliar.

A conduta para investigação desses casos oscilou entre ações de orientação ou realização da mesma conduta como se fosse um trabalho formal. No entanto, houve relato das dificuldades de realizar as ações nestes casos: “Já fiz investigação... é... e é um tanto quanto complicado... como é que você vai exigir de uma pessoa que vai consertar o teto da sua residência que vá fazer todas as aplicações de todas as normas de segurança?! [...]” (Entrevistada D3N).

As atividades laborais na informalidade e no domicílio vêm crescendo no país, sendo destacadas na PNSTT, estabelecendo a

inclusão das situações de vulnerabilidade como prioridade nas ações de ST (Brasil, 2012). Os desafios apresentados pelas equipes de VISAT podem ser minimizados com a aproximação pelas Unidades de Saúde do conceito de reprodução social, contribuindo para o empoderamento da comunidade sobre a necessidade de melhorias das condições de trabalho por meio do conhecimento das obrigações legais dos empregadores, identificação e reconhecimento dos riscos e da ciência das medidas de prevenção e controle nos ambientes laborais (Lacaz, 2013; Dias, 2010).

Relação intra e intersetorial

os entrevistados relataram ausência ou ocorrência de maneira parcial da articulação com as unidades de saúde. Houve uma homogeneidade na fala dos entrevistados quanto à falta de conhecimento sobre as questões de ST por parte da atenção básica: “Deveria, mas não tem... os próprios equipamentos não sabem qual que é o papel da vigilância e quando você fala em saúde do trabalhador nem sabe que existe[...]” (Entrevistada D6H).

Infelizmente, a articulação da temática de ST com as Unidades de Saúde (US) nem sempre ocorre, conforme apresentado neste estudo e descrito na literatura (Lacaz, 2013). O desconhecimento pode ser a causa dessa participação pouco expressiva. Esse fato tem sido apontado também como um dos grandes desafios do campo de ST, principalmente entre os gestores (Souza; Virgens, 2013; Dias; Bertolini; Pimenta, 2011).

Ao discorrer sobre a realização de atividades de ST no SUS é necessário discorrer sobre a potencialidade que o sistema pode trazer como, por exemplo, a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador e integração da VISAT com a Atenção Primária em Saúde enfatizada na legislação (Brasil, 2012). No entanto, segundo Souza e Virgens (2013) na maioria dos casos as ações ocorrem de maneira incipiente ou inexistem no planejamento das equipes, sendo necessárias capacitações, estabelecimento de fluxo, apoio matricial entre outras para que as ações se concretizem.

No que se refere a outros órgãos, a situação relatada não é diferente. Na maioria das falas dos entrevistados, ao serem questionados sobre articulação, relataram inexistência ou desconhecimento sobre essa relação intersetorial: “Eu escuto falar que tem, mas assim... quem tá na ponta sabe que tem? [...]” (Entrevistada D2B).

No presente estudo, a Previdência Social foi lembrada pelo seu papel de seguridade na categoria de relação intersetorial, contudo ao citar a CAT foi evidenciada uma desarticulação entre o órgão e o documento para os entrevistados.

O Ministério Público do Trabalho (MPT) foi retratado durante as entrevistas, como um órgão público que demanda ações de fiscalização, no entanto, com um fluxo que ainda carece de melhoria no que diz respeito à comunicação. A participação do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) no processo de investigação não foi relatada pela maioria dos entrevistados, sendo que: quatro declararam desconhecer o trabalho do mesmo e dois citaram apenas suposições do papel do MTE.

A articulação no campo de ST é historicamente marcada por incertezas e atritos (Gomez; Machado; Pena, 2011). As inúmeras interpretações do conceito de VISAT e o compartilhamento da responsabilidade da temática Saúde do Trabalhador entre as instituições resultaram em sobreposição de ações entre os órgãos (Santana; Silva, 2009; Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1997). Esta situação foi apontada pelos participantes descrevendo as dificuldades diárias desta desarticulação.

A falta de integração efetiva por parte dos gestores responsáveis do MTE e a ausência da concretização de uma política de Estado condizente com a superação das condições de risco nos ambientes de trabalho estão entre as diversas barreiras que dificultam a concreta implantação das ações de ST (Vasconcellos, 2018).

Adicionalmente, o compartilhamento de informações entre as instituições, especialmente as previdenciárias é um dos desafios para gestão de ST no SUS (Galdino; Santana; Ferrite, 2012). Discussões entre as instituições poderão produzir consensos e

organizar as questões organizacionais, como foi sugerido em estudos anteriores (Dias; Bertolini; Pimenta, 2011; Lacaz, 2013).

Percepção do profissional sobre o foco de atuação de cada instituição

essa discussão sobre os papéis do SUS e do MTE motivou as entrevistadas a relatar espontaneamente sobre a diferença de atuação de cada órgão, definindo uma nova categoria para o estudo denominada: percepção do profissional sobre o foco de atuação de cada instituição. Houve um consenso ao determinar que o MTE foca nas questões administrativas como documentos, questões jurídicas e trabalhistas. Já para a atuação do SUS, palavras como: saúde, risco, processo de trabalho e acidente foram citadas. Tendo em vista que essa categoria não era uma questão previamente determinada, alguns entrevistados (n=7) não comentaram sobre o tema.

Segundo Gomez, Machado e Pena (2011), apesar dos esforços da Renast, coexiste um sistema calcado nas normativas, puramente fiscalizador e objetivando reparação financeira de danos e outro sistema de vigilância de aspectos epidemiológicos e sanitários. A fala dos entrevistados se assemelha ao descrito na literatura, onde refere à superação da visão de saúde ocupacional para o conceito de Saúde do Trabalhador distanciando o SUS do modelo previdenciário-trabalhista, derrubando a visão dos acidentes como inerentes ao trabalho.

Abordagem VISA/VISAT

Alguns participantes do estudo possuem a atribuição de VISAT e realizam atividades típicas de vigilância sanitária no seu cotidiano. De acordo com o proposto na PNSTT, devem-se incorporar as questões de ST em todos os setores do SUS. Portanto, tal fato foi abordado na entrevista, estimulando os participantes a explicar se havia diferença na abordagem da VISAT e da VISA.

A maioria (67%) relatou diferença na abordagem, entendendo que desenvolve duas atividades (sanitária e saúde do trabalhador). Todavia, cerca de 33% dos entrevistados relataram não encontrar diferença na abordagem quando realizam as atividades de vigilância sanitária e vigilância em saúde do trabalhador. Os resultados desta

categoria seguem em concordância com o descrito na literatura, quando citam as diferenças de organização dos municípios e os desafios como recursos humanos escassos, que acabam por resultar em profissionais que realizam ações de ST e outras atividades específicas de vigilância sanitária (Dias, 2010).

No entanto, a percepção de ausência de diferença na abordagem pelos entrevistados pode ser compreendida como a incorporação na sua rotina da avaliação das condições dos ambientes de trabalho, independente da motivação que leva à realização de fiscalização de competência da vigilância sanitária. Esse fato promove a atuação em concordância com o descrito na PNSTT, onde nos processos produtivos ocorre a inevitável sobreposição de objetos de atuação: trabalhadores, produtos e população em geral, possibilitando ações preventivas em ST de forma contínua (Brasil, 2012).

Essa compreensão do trabalho como determinante da saúde, observando os riscos a que os trabalhadores estão expostos no seu cotidiano, supera algumas barreiras criadas pela separação da ST das demais vigilâncias citadas na literatura (Galdino; Santana; Ferrite, 2012).

Considerações finais

A variabilidade do tempo de experiência reflete a alta rotatividade dos entrevistados que desenvolvem atividades de saúde do trabalhador. Também a predominância do conhecimento tácito nas várias categorias analisadas, contribui para a ausência de padronização de procedimentos, resultando na diversidade das ações realizadas pelas equipes.

A elevada demanda em relação ao número insuficiente de profissionais existentes ocasiona morosidade para a tramitação do processo de investigação. Este fato resulta em sobrecarga para os técnicos. Portanto, há necessidade de investimentos em recursos humanos. Outros desafios para a realização das atividades de ST são as dificuldades de articulação intra e intersetorial, e o desconhecimento sobre indicadores relacionados à VISAT, fatores que podem gerar desmotivação das equipes.

A inexistência formal de um fluxo de informações foi demonstrada pelas divergências entre os entrevistados ao tentarem descrevê-lo. A construção do fluxograma durante o estudo elucidou questões sobre o percurso da informação de ST e possibilitou a viabilidade de utilização do mesmo em nível local, com adaptações para outros municípios.

O alto grau de escolaridade, participação dos trabalhadores acidentados nas investigações e incorporação do olhar em ST pela equipe da VISA em suas atividades rotineiras foram caracterizadas como potencialidades. Além disso, a existência da temática de ST no código sanitário municipal e o papel do CEREST municipal, como apoiador das equipes de VISAT, configuraram como fatores positivos.

De acordo com o estudo, verificou-se a necessidade da construção de um protocolo mínimo ou diretriz para as ações das equipes de VISAT, bem como o fomento à educação permanente desses profissionais, que podem ser estratégicas para atingir uniformidade e agilidade nas investigações.

O presente estudo permitiu compreender o processo de trabalho dessas equipes, possibilitando o compartilhamento de experiências para fortalecer a VISAT no país. Também, trouxe contribuições para a compreensão do processo de investigação de acidentes de trabalho graves no SUS, resultando na construção de um fluxograma e ainda elucidou questões sobre o percurso das informações de saúde do trabalhador no SUS a nível local, além de possibilitar a aplicabilidade do mesmo a nível municipal em todo o país.

Referências

ALMEIDA I.M. *et al.* Modelo de análise e prevenção de acidentes - mapa: ferramenta para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4679-4688, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc19-12-04679.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2015.

ARANHA, A.V.S. O conhecimento tácito e a qualificação do trabalhador. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v. 2, p. 12-29, 1997.

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação no 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Ano CXLIX, n. 165, 24 ago. 2012, Seção 1, p. 46-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DALDON, M.T B. **Processo de trabalho dos profissionais de saúde em vigilância em saúde do trabalhador**. 2012. 200f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde.../MariaTeresaBruniDaldon.pdf Acesso em: 06 dez. 2016.

DIAS, E.C. *et al.* Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007. **RevMed Minas Gerais**, v. 20, p. 66-74, 2010.

DIAS, M.D. do A.; BERTOLINI, G.C.S.; PIMENTA, A.L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trabalho Educação e Saúde**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 137-148, 2011.

GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 145-159, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a11v17n2.pdf>. Acesso em: 23 set. 2015.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GUERIN, F. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

LACAZ, F. A. C. *et al.* Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 75-87, 2013.

MAENO, M. A. G.; VILELA, R. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 87- 99, 2010.

MATTEUSSI, M. M. **Desafios na investigação de acidentes de trabalho graves pela vigilância em saúde do trabalhador no nível municipal**. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

MATURINO, M. M.; FERNANDES, R. C. P.; REGO, M. A. V. A atuação do SUS na vigilância de ambientes de trabalho: a experiência do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat) na Bahia. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 43, p. 1-13, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018000100206&lng=pt. Acesso em: 19 dez. 2019.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. S21-S32, 1997.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, metodo e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

SANTANA, V. S.; SILVA, J.M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Unico de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 175-204.

SANTOS, A. P. L. **Entre o imediatismo e o planejamento: o desafio da construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo**. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

SMARTLAB. **Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho**. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=frequenciaSinan>. Acesso em: 21 jul. 2023.

SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 292-301, 2013.

VASCONCELLOS, L. C. F. Vigilância em Saúde do Trabalhador: decálogo para uma tomada de posição. **Rev. bras.**

saúde ocup., v. 43, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000301&lng=en. Acesso em: 19 dez. 2019.

VASCONCELLOS, L. C. F.; ALMEIDA, C. V. B.; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 445-462, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/04.pdf> Acesso em: 07 nov. 2015.

VAZ, F. C. A.; CUNHA, T. C.; OLIVEIRA, D. C. Dificuldades na implementação das ações em saúde do trabalhador pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 4, p. 61-65, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CAPÍTULO 7

TRAUMATISMOS EM MÃOS DECORRENTES DE ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES TÍPICOS EM UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO TRANSVERSAL

**Jacqueline Aparecida Vieira, Karin Regina Luhm,
Giovana Daniela Pecharki, Eliana Remor Teixeira**

Introdução

Acidentes de trabalho graves (ATG) são aqueles que causam mutilações, físicas ou funcionais, que provocam lesões, cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério e que podem ter consequências nefastas ou fatais. Também são considerados ATG, os acidentes de trabalho (AT) que acometem trabalhadores com menos de 18 anos de idade (Brasil, 2006).

Os ATG passaram a ser considerados agravos de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), após a promulgação da Portaria/MS nº 777 de 28 de abril de 2004. Esta medida ampliou a cobertura das notificações de AT para os trabalhadores do mercado informal, contribuindo para o delineamento de ações preventivas e de controle (Brasil, 2004; Zack *et al.*, 2020).

Os AT constituem o maior agravo à saúde do trabalhador e, por acometerem um contingente elevado da população, representam um problema de saúde pública, não apenas por impactar na economia do país, mas por influenciar nas condições socioeconômicas do trabalhador, principalmente quando resultam em incapacidade ou morte (Cavalcante *et al.*, 2015a; Scussiato *et al.*, 2013). Ao contrário do que o termo acidente representa, são fenômenos socialmente determinados, previsíveis e preveníveis (Cordeiro, 2018). Os AT são uma expressão de violência social (Cohn *et al.*, 1985) que se instauram pela inacessibilidade aos direitos sociais (Dejours, 2007) e exclusão social (Engels, 1985).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2019), o Brasil ocupa o quarto lugar no ranking mundial em óbitos por AT e o quinto lugar em registros de AT, porém, já foi reconhecido como recordista mundial de AT no ano de 1974 (Cohn *et al.*, 1985). No período entre 2012 e 2018 foram registrados cerca de 4,42 milhões de AT no país, isto representa 1 acidente a cada 48 segundos. Destes AT, 16.439 resultaram em morte, sendo estimada 1 morte a cada 3 horas 38 minutos e 43 segundos (Smartlab, 2019).

Em 2017, acidentes envolvendo as mãos representaram 31,44% das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) por AT típicos emitidas no Brasil e 33% das CAT emitidas na região Sul do país (Brasil, 2017). No ano seguinte, traumatismos em mãos corresponderam a 19,38% dos benefícios auxílio-doença acidentário concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) no país (Dataprev, 2020).

As estatísticas revelam a necessidade de transformação nas políticas públicas que resultem em ações efetivas na prevenção de ATG, visto que as repercussões destes acidentes têm sido devastadoras para os trabalhadores e para a sociedade. O diagnóstico acurado da situação dos ATG possibilita ações e investimentos a grupos mais vulneráveis, contribuindo para a melhoria da saúde destes trabalhadores. Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo conhecer e descrever o perfil dos ATG típicos envolvendo as mãos em uma capital do Sul do Brasil no período de 2013 a 2017.

Metodologia

trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos das fichas de notificações de ATG do banco de dados do Sinan, o qual foi disponibilizado pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da capital estudada.

A ficha de notificação de ATG é constituída por 68 variáveis, das quais foram selecionadas 29, considerando-se a relevância para o estudo. As variáveis selecionadas para análise foram: data da notificação, data do acidente, unidade notificadora, data de nascimento, sexo, raça/cor, escolaridade, se gestante, município de residência, situação no mercado de trabalho, ocupação conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), tempo de trabalho na ocupação, local onde ocorreu o acidente, nome da empresa, ramo de atividade da empresa conforme a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), município da empresa, bairro da empresa, endereço da empresa, número da empresa, se empresa é terceirizada, hora do acidente, horas após o início da jornada, houve outros trabalhadores atingidos, código da causa do acidente conforme

Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão (CID-10), código da lesão conforme CID-10, se ocorreu atendimento médico, regime de tratamento, se houve emissão da CAT e evolução do caso.

Os critérios de inclusão foram: tratar-se de acidente típico ocorrido no período de 01/01/2013 a 31/12/2017 e a parte do corpo atingida ter sido a mão; independente do tipo de vínculo empregatício.

O campo da ficha de notificação que se refere à parte do corpo atingida possibilita o preenchimento de até 03 regiões do corpo para o mesmo caso. Portanto, haverá algumas notificações em que, além das mãos, outras partes do corpo também foram atingidas no acidente.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel® e exportados para o software Epi Info versão 7.2.2.16, através do qual foi realizada a análise descritiva das variáveis, por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%).

Devido às amputações terem sido as principais lesões que resultaram em incapacidade parcial e incapacidade total permanente, foi realizada a análise da associação entre este desfecho e as variáveis independentes (sexo, raça/cor, escolaridade, município de residência, parte do corpo atingida, situação no mercado, tempo na ocupação, terceirização da empresa, local onde ocorreu o acidente, turno de trabalho, horas após o início da jornada e evolução do caso) por meio de regressão bivariada, adotando-se a Razão de Prevalência (RP) como medida de associação, com nível de significância estatística de 5%.

Em consonância com os preceitos éticos e legais previstos na Resolução CNS 466/12, o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e do Centro de Estudos em Saúde da instituição coparticipante, conforme os pareceres nº 3.242.095 de 03/04/2019 e nº 3.325.435 de 14/05/2019 respectivamente.

Resultados

No período de 01/01/2013 a 31/12/2017 foram notificados 1397 ATG típicos envolvendo as mãos, em 1285 deles as mãos foram as únicas partes do corpo atingidas e em 112 foram atingidas outras partes do corpo, além das mãos. A frequência das notificações por ano foi respectivamente de 46 (3,3%) em 2013, 169 (12,1%) em 2014, 402 (28,8%) em 2015, 456 (32,6%) em 2016, e 324 (23,2%) em 2017. A maioria dos acidentes ocorreu com homens, 1159 (83,0%), brancos 872 (85,9%), com faixa etária entre 18 e 29 anos 532 (38,1%), com o nível de escolaridade médio 327 (60,4%), com registro em carteira 841 (82,7%) e com até um ano de tempo na ocupação 414 (52,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas relacionadas ao trabalho, em uma capital do Sul do Brasil, no período de 2013 a 2017

VARIÁVEIS	PARTES DO CORPO ATINGIDAS			P-VALOR
	TOTAL	SÓ MÃOS	MÃOS E OUTRAS PARTES	
	N (%)	N (%)	N (%)	
SEXO				0,81
Feminino	238 (17,0)	218 (17,0)	20 (17,9)	
Masculino	1159 (83,0)	1067 (83,0)	92 (82,1)	
FAIXA ETÁRIA				0,84
<18 anos	29 (2,1)	27 (2,1)	2 (1,8)	
18 a 29 anos	532 (38,1)	494 (38,4)	38 (33,9)	
30 a 44 anos	481 (34,4)	437 (34,0)	44 (39,3)	
45 a 59 anos	306 (21,9)	282 (21,9)	24 (21,4)	
≥ 60 anos	49 (3,5)	45 (3,5)	4 (3,6)	
RAÇA/COR				0,02
Branca	872 (85,9)	801 (86,8)	71 (77,2)	
Preta	15 (1,5)	11 (1,2)	4 (4,3)	
Parda	125 (12,3)	108 (11,7)	17 (18,5)	
Amarela/ Indígena	3 (0,3)	3 (0,3)	-	
SUBTOTAL	1015 (100)	923 (100,0)	92 (100,0)	
Ignorado/Sem preenchimento	382 (27,3)	362 (28,2)	20 (17,9)	

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

ESCOLARIDADE				< 0,01
Analfabeto	-	-	-	
Fundamental	177 (32,7)	146 (30,9)	31 (45,6)	
Média	327 (60,4)	300 (63,4)	27 (39,7)	
Superior	37 (6,8)	27 (5,7)	10 (14,7)	
SUBTOTAL	541 (100,0)	473 (100,0)	68 (100,0)	
Ignorado/Sem preenchimento	856 (61,3)	812 (63,2)	44 (39,3)	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				<0,01
Município onde ocorreu o acidente	969 (69,4)	909 (70,7)	60 (53,6)	
Região Metropolitana	425 (30,4)	373 (29,0)	52 (46,4)	
Outros estados	3 (0,2)	3 (0,2)	-	
SITUAÇÃO DE TRABALHO				0,11
Com registro em carteira	841 (82,7)	775 (83,4)	66 (75,0)	
Sem registro	25 (2,5)	20 (2,2)	5 (5,7)	
Autônomo	100 (9,8)	89 (9,6)	11 (12,5)	
Outros	51 (5,0)	45 (4,8)	6 (6,8)	
SUBTOTAL	1017 (100,0)	929 (100,0)	88 (100,0)	
Ignorado/Sem preenchimento	380 (27,2)	356 (27,7)	24 (21,4)	
TEMPO NA OCUPAÇÃO				0,60
Até 1 ano	414 (52,9)	372 (52,8)	42 (54,5)	
2 anos	74 (9,5)	69 (9,8)	5 (6,5)	
3 a 4 anos	79 (10,1)	72 (10,2)	7 (9,1)	
5 a 6 anos	48 (6,1)	44 (6,2)	4 (5,2)	
7 a 8 anos	35 (4,5)	29 (4,1)	6 (7,8)	
9 a 10 anos	33 (4,2)	28 (4,0)	5 (6,5)	
> 10 anos	99 (12,7)	91 (12,9)	8 (10,4)	
SUBTOTAL	782 (100,0)	705(100,0)	77 (100,0)	
Sem preenchimento	615 (44,0)	580 (45,1)	35 (31,3)	
TOTAL	1397 (100,0)	1285 (100,0)	112 (100,0)	

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Nota: O (%) das categorias das variáveis foi calculado sobre o subtotal e o (%) de Ignorado/Sem preenchimento foi calculado sobre o Total.

Os acidentes ocorreram predominantemente nas instalações do contratante, 943 (89,0%); nas primeiras quatro horas após o início da jornada de trabalho, 160 (41,5%); e no turno da tarde, 691 (51,2%). A maioria dos acidentados foi submetida a atendimento hospitalar, 1274 (91,3%), e evoluiu para incapacidade temporária, 1250 (90,6%). No entanto, 57 (4,1%) permaneceram com incapacidade parcial, 9 (0,7%) com incapacidade total permanente, e 1 (0,1%) foi a óbito em decorrência da gravidade da lesão. A emissão da CAT ocorreu em 1225 (89,0%) casos (Tabela 2). Houve registro de um óbito que foi caracterizado por inconsistência no preenchimento da ficha de notificação e, portanto, foi inserido no grupo de trabalhadores em que, além das mãos, outras partes do corpo foram atingidas, por não se tratar de uma lesão isolada.

Tabela 2 - Características relacionadas ao acidente de trabalho, em uma capital do Sul do Brasil, no período de 2013 a 2017

VARIÁVEIS	PARTES DO CORPO ATINGIDAS			P-VALOR
	TOTAL	SÓ MÃOS	MÃOS E OUTRAS PARTES	
	N (%)	N (%)	N (%)	
LOCAL ONDE OCORREU				<0,01
Instalações do contratante	943 (89,0)	875 (89,8)	68 (79,1)	
Instalações de terceiros	37 (3,5)	29 (3,0)	8 (9,3)	
Via pública	44 (4,2)	34 (3,5)	10 (11,6)	
Domicílio próprio	36 (3,4)	36 (3,7)	-	
SUBTOTAL	1060 (100,0)	974 (100,0)	86 (100,0)	
Ignorado	337 (24,1)	311 (24,2)	26 (23,2)	
HORAS APÓS INÍCIO DA JORNADA				0,44
Início até 03:59	160 (41,5)	129 (40,4)	31 (46,3)	
04:00 até 07:59	128 (33,2)	105 (32,9)	23 (34,3)	
08:00 até 11:59	85 (22,0)	73 (22,9)	12 (17,9)	
12:00 até 15:59	10 (2,6)	10 (3,1)	-	
Mais que 16 horas	3 (0,8)	2 (0,6)	1 (1,5)	

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

SUBTOTAL	386 (100,0)	319 (100,0)	67 (100,0)
Sem preenchimento	1011 (72,4)	966 (75,2)	45 (40,2)
TURNO DE TRABALHO			0,08
Manhã	476 (35,3)	446 (35,9)	30 (27,8)
Tarde	691 (51,2)	633 (51,0)	58 (53,7)
Noite	134 (9,9)	122 (9,8)	12 (11,1)
Madrugada	49 (3,6)	41 (3,3)	8 (7,4)
SUBTOTAL	1350 (100,0)	1242 (100,0)	108 (100,0)
Sem preenchimento	47 (3,4)	43 (3,3)	4 (3,6)
REGIME DE TRATAMENTO			0,21
Hospitalar	1274 (91,3)	1168 (91,0)	106 (94,6)
Ambulatorial	89 (6,4)	83 (6,5)	6 (5,4)
Ambos	32 (2,3)	32 (2,5)	-
SUBTOTAL	1395 (100,0)	1283 (100,0)	112(100,0)
Ignorado/Sem preenchimento	2 (0,1)	2 (0,2)	-
FOI EMITIDA CAT			<0,01
Sim	1225 (89,0)	1157 (91,0)	68 (65,4)
Não	114 (8,3)	79 (6,2)	35 (33,7)
Não se aplica	37 (2,7)	36 (2,8)	1 (1,0)
SUBTOTAL	1376 (100,0)	1272 (100,0)	104 (100,0)
Ignorado	21 (1,5)	13 (1,0)	8 (7,1)
EVOLUÇÃO DO CASO			0,01
Cura	62 (4,5)	50 (3,9)	12 (11,1)
Incapacidade temporária	1250 (90,6)	1158 (91,1)	92 (85,2)
Incapacidade parcial	57 (4,1)	54 (4,2)	3 (2,8)
Incapacidade total permanente	9 (0,7)	8 (0,6)	1 (0,9)
Óbito por ATG *	1 (0,1)	-	1(0,1)
SUBTOTAL	1379 (100,0)	1271 (100,0)	108 (100,0)
Ignorado/Sem preenchimento	18 (1,3)	14 (1,1)	4 (3,6)
TOTAL	1397 (100,0)	1285 (100,0)	112 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Nota: A (%) das categorias das variáveis foi calculada sobre o Subtotal e a (%) de Ignorado/Sem preenchimento foi calculada sobre o Total.

Foi possível evidenciar uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na distribuição das categorias das variáveis raça/cor, escolaridade, município de residência, local onde ocorreu o acidente, se foi emitida a CAT e evolução do caso, segundo a parte do corpo atingida no acidente. As principais causas de ATGs típicos envolvendo as mãos foram: impacto causado por objeto projetado, lançado ou em queda 345 (24,7%), esmagamento 343 (24,6%), e quedas 145 (10,4%) (Tabela 3).

Já as lesões mais frequentes foram: fraturas 643 (46,0%), ferimentos 286 (20,5%), traumatismos superficiais 117 (8,4%), e amputações 80 (5,7%) (Tabela 4).

Tabela 3 - Causa do acidente e Ocupação segundo as Lesões graves envolvendo as mãos, em uma capital do Sul do Brasil, no período de 2013 a 2017

	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
CAUSA DO ACIDENTE						
Acidente de trânsito	20 (3,1)	-	-	-	18 (3,1)	38 (2,72)
Quedas	70 (10,9)	-	-	-	75 (12,8)	145 (10,4)
Objeto em queda	137 (21,3)	1 (4,4)	3 (3,8)	-	204 (34,9)	345 (24,7)
Esmagamento	224 (34,9)	7 (30,4)	11 (13,8)	3 (4,5)	98 (16,8)	343 (24,6)
Ferramentas manuais	13 (2,0)	1 (4,4)	3 (3,8)	-	11 (1,9)	28 (2,0)
Aparelhos domésticos motorizados	16 (2,5)	2 (8,7)	13 (16,3)	-	10 (1,7)	41 (2,9)
Máquinas	55 (8,5)	1 (4,4)	25 (31,3)	1 (1,5)	37 (6,3)	119 (8,5)
Exposição à corrente elétrica	-	-	-	20 (29,9)	4 (0,7)	24 (1,7)
Acidente não especificado	14 (2,1)	-	2 (2,5)	-	48 (8,2)	64 (4,6)
Condições de trabalho	50 (7,8)	9 (39,1)	12 (15,0)	-	19 (3,3)	90 (6,4)
Fontes de calor	-	-	-	18 (26,9)	3 (0,5)	21 (1,5)
Outras	44 (6,9)	2 (8,7)	11 (13,8)	25 (37,3)	57 (9,8)	139 (10,0)
OCUPAÇÃO						
Pedreiro	39 (6,1)	1 (4,4)	9 (11,3)	4 (6,0)	26 (4,5)	79 (5,7)
Açougueiro	22 (3,4)	-	6 (7,5)	-	37 (6,3)	65 (4,7)

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Alimentadores de linha de produção	27 (4,2)	2 (8,7)	4 (5,0)	4 (6,0)	2 (0,3)	39 (2,8)
Marceneiro	22 (3,4)	1 (4,4)	5 (6,3)	-	10 (1,7)	38(2,7)
Mecânico	17 (2,6)	-	2 (2,5)	2(3,0)	14 (2,4)	35 (2,5)
Operadores do comércio	12 (1,9)	-	1 (1,3)	-	21 (3,6)	34 (2,4)
Carpinteiro	14 (2,2)	2 (8,7)	5 (6,3)	1 (1,5)	10 (1,7)	32 (2,3)
Cozinheiro	7 (1,1)	-	1 (1,3)	2 (3,0)	21 (3,6)	31 (2,2)
Padeiro/confeiteiro	15 (2,3)	1 (4,4)	1 (1,3)	1 (1,5)	10 (1,7)	28 (2,0)
Caldeireiro/serralheiro	13 (2,0)	-	3 (3,8)	-	11 (1,9)	27 (1,9)
Agentes administrativos	12 (1,9)	2 (8,7)	1 (1,3)	-	11 (1,9)	26 (1,9)
Zelador	10 (1,5)	-	-	-	15 (2,6)	25 (1,8)
Eletricista	5 (0,8)	-	1 (1,3)	12 (17,9)	7 (1,2)	25 (1,8)
Outras	324 (50,4)	13 (56,5)	36(45,0)	41 (61,2)	298 (51,0)	712 (51,0)
Ignorado/Sem preenchimento	104 (16,2)	1 (4,4)	5 (6,3)	-	91 (15,6)	201 (14,4)
TOTAL	643 (100,0)	23 (100,0)	80 (100,0)	67 (100,0)	584 (100,0)	1397 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Tabela 4 - Ocupação e Tipo de lesão envolvendo as mãos segundo a evolução do caso, em uma capital do Sul do Brasil, no período de 2013 a 2017

OCUPAÇÃO	CURA N (%)	INCAPACIDADE TEMPORÁRIA N (%)	INCAPACIDADE PARCIAL N (%)	INCAPACIDADE PERMANENTE N (%)	ÓBITO N (%)	I/SP* N (%)	TOTAL N (%)
Pedreiro	8 (12,9)	61 (4,9)	6 (10,5)	3 (33,3)	1 (100,0)	-	79 (5,7)
Açougueiro	2 (3,2)	56 (4,5)	7 (12,3)	-	-	-	65 (4,7)
Alimentadores de LP*	1 (1,6)	34 (2,8)	2 (3,5)	1 (11,1)	-	1 (5,6)	39 (2,8)
Marceneiro	4 (6,5)	28 (2,2)	4 (7,0)	1 (11,1)	-	1 (5,6)	38 (2,7)
Mecânico	2 (3,2)	33 (2,6)	-	-	-	-	35 (2,5)
Operadores do comércio	1 (1,6)	33 (2,6)	-	-	-	-	34 (2,4)
Carpinteiro	2 (3,2)	27 (2,2)	3 (5,3)	-	-	-	32 (2,3)
Cozinheiro	5 (8,1)	25 (2,0)	1 (1,8)	-	-	-	31 (2,2)
Padeiro/confeiteiro	-	27 (2,2)	1 (1,8)	-	-	-	28 (2,0)
Caldeireiro/serralheiro	1 (1,6)	25 (2,0)	1 (1,8)	-	-	-	27 (1,9)
Agentes administrativos	-	24 (1,9)	2 (3,5)	-	-	-	26 (1,9)
Zelador	1 (1,6)	24 (1,9)	-	-	-	-	25 (1,8)
Eletricista	1 (1,6)	23 (1,8)	1 (1,8)	-	-	-	25 (1,8)
Outras	32 (51,6)	635 (50,8)	27 (47,4)	4 (44,4)	-	14 (77,8)	712 (51,0)
I/SP*	2 (3,2)	195 (15,6)	2 (3,5)	-	-	2 (11,1)	201 (14,4)
TIPO DE LESÃO							
Traumatismo superficial	7 (11,3)	110 (8,8)	-	-	-	-	117 (8,4)
Ferimento	13 (21,0)	270 (21,6)	-	1 (1,1)	-	2 (11,1)	286 (20,5)
Fratura	15 (24,2)	610 (48,8)	13 (22,8)	1 (1,1)	-	4 (22,2)	643 (46,0)
Luxação/entorse/distensão	-	13 (1,0)	-	-	-	-	13 (0,9)
Traumatismo profundo	1 (1,6)	13 (1,0)	-	-	-	-	14 (1,0)
Esmagamento	1 (1,6)	19 (1,5)	1 (1,8)	1 (11,1)	-	1 (5,6)	23 (1,7)
Amputação	3 (4,8)	39 (3,1)	33 (57,9)	5 (55,6)	-	-	80 (5,7)
Queimadura	9 (14,5)	51 (4,1)	5 (8,8)	-	-	2 (11,1)	67 (4,8)
Fratura do antebraço	1 (1,6)	26 (2,1)	-	-	-	-	27 (1,9)
Outras	8 (12,9)	45 (3,6)	3 (5,3)	-	-	7 (38,9)	63 (4,5)
Inconsistência	4 (6,5)	54 (4,3)	2 (3,5)	1 (1,1)	1 (100,0)	2 (11,1)	64 (4,6)
TOTAL	62 (100,0)	1250 (100,0)	57 (100,0)	9 (100,0)	1 (100,0)	18 (100,0)	1397 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa (2020). NOTA*: LP- Linha de produção, I/SP- Ignorado e sem preenchimento

Quanto às ocupações, 712 (51,0%) casos foram classificados como Outras, pelo fato de haver uma quantidade pequena de trabalhadores (até 10) representando cada código da CBO. Portanto, dentre as ocupações classificadas, aquelas que tiveram maior frequência para este tipo de acidente foram: pedreiros 79 (5,7%), açougueiros 65 (4,7%), alimentadores de linha de produção 39 (2,8%), e marceneiros 38 (2,7%) (Tabela 4).

As ocupações que apresentaram maior frequência de fraturas foram pedreiro 39 (6,1%), alimentadores de linha de produção 27 (4,2%), açougueiro 22 (3,4%) e marceneiro 22 (3,4%). As causas mais frequentes que culminaram em fraturas foram esmagamento 224 (34,8%) e impacto por objeto em queda, lançado ou projetado 137 (21,3%) (Tabela 3). Quanto à evolução das fraturas, 94,86% dos casos evoluíram para incapacidade temporária, 2,33% para cura, 2,02% para incapacidade parcial e 0,15% para incapacidade total permanente.

Os esmagamentos ocorreram com maior frequência entre alimentadores de linha de produção, carpinteiros e agentes administrativos, representados igualmente por 2 (8,7%). A maioria dos esmagamentos ocorreram por causas relacionadas às condições de trabalho, 9 (39,1%), e esmagamentos, 7 (30,4%) (Tabela 3). Quanto à evolução destas lesões, 82,60% evoluíram para incapacidade temporária, 4,34% para cura, 4,34% para incapacidade parcial, e 4,34% para incapacidade total permanente.

A exposição à corrente elétrica, 20 (29,9%), e a outras fontes de calor, 18 (26,9%), foram as principais causas de queimaduras e corrosões de punho e mãos. Os trabalhadores mais atingidos por este tipo de lesão foram eletricitistas, 12 (17,9%), pedreiros, 4 (6,0%), e trabalhadores alimentadores de linhas de produção, 4

(6,0%) (Tabela 3). Quanto à evolução, 76,11% dos casos evoluíram para incapacidade temporária, 13,43% para cura, 7,46% para incapacidade parcial e nenhum dos casos evoluiu para incapacidade total permanente.

As amputações ocorreram com maior frequência em pedreiros, 9 (11,3%), açougueiros, 6 (7,5%), marceneiros, 5 (6,3%), e carpinteiros, 5 (6,3%), sendo que as principais causas para este tipo de lesão foram: operar máquinas, 25 (31,3%), uso de aparelhos domésticos motorizados, 13 (16,3), e esmagamento, 11 (13,8%) (Tabela 3). Quanto à evolução dos casos, 48,75% evoluíram para incapacidade temporária, 41,25% para incapacidade parcial, e 6,25% para incapacidade total permanente.

As amputações foram responsáveis por 57,9% das incapacidades parciais e 55,6% das incapacidades totais permanentes (Tabela 4). Os principais fatores associados a este evento foram: idade \geq 50 anos (RP 1,96, IC 95% (1,14-3,37)), não residir no município onde ocorreu o acidente (RP 1,76, IC 95% (1,14-2,69)), ser autônomo (RP 2,85, IC 95% (1,71-4,76)), sem registro em carteira (RP 2,69, IC 95% (1,05-6,87)), com mais de 7 anos na função (RP 2,91, IC 95% (1,22-6,94)), e a ocorrência do acidente ter sido no domicílio próprio (RP 4,22, IC 95% (2,36-7,53)) (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores de associação com o desfecho amputação de mãos, em uma capital do Sul do Brasil, no período de 2013 a 2017

SEXO	AMPUTAÇÃO		TOTAL	RP*	IC* de 95% da RP
	SIM	NÃO			
Masculino	73	1086	1159	2.142	0.9987, 4.592'
Feminino	7	231	238	1	
RAÇA/COR					
Branco	35	837	872	1	
Outras	9	134	143	1.568	0.7703, 3.192'

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

FAIXA ETÁRIA					
Até 29 anos	30	531	561	1.127	0.6852, 1.853 ¹
30 a 49 anos	29	582	611	1	
≥50 anos	21	204	225	1.966	1.146, 3.376¹
ESCOLARIDADE					
Baixa	14	163	177	1.847	0.9012, 3.787 ¹
Média	14	313	327	1	
Alta	1	36	37	0.6313	0.08544, 4.664 ¹
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA					
Município onde ocorreu o AT	45	924	969	1	
Outros municípios	35	393	428	1.761	1,149, 2.698¹
PARTE ATINGIDA					
Só mãos	78	1207	1285	1	
Mãos e outras partes	2	110	112	3.399	0.8466, 13.65 ¹
SITUAÇÃO NO MERCADO					
Registrado	50	791	841	1	
Sem registro	4	21	25	2.691	1.054, 6.872¹
Autônomo	17	83	100	2.859	1.718, 4.76¹
Outras	3	48	51	0.9894	0.3196, 3.063 ¹
TEMPO NA OCUPAÇÃO					
Até 2a 11m 29d	31	457	488	1.345	0.5735, 3.152 ¹
3a até 6a 11m 29d	6	121	127	1	
Mais que 7 anos	23	144	167	2.915	1.223, 6.946¹
TERCEIRIZAÇÃO					
Sim/Não se aplica	3	58	61	0.6328	0.2045, 1.958 ¹
Não	60	712	772	1	
LOCAL ONDE OCORREU					
Instalações do contratante	62	881	943	1	
Via pública/instalações de terceiros	4	77	81	0.7511	0.2804, 2.012 ¹
Domicílio próprio	10	26	36	4.225	2.368, 7.539¹

TURNO					
Dia	69	1098	1167	1	
Noite	5	178	183	0.4621	0.189, 1.13'
HORAS APÓS INÍCIO JORNADA					
Início até 05:59	21	169	190	1	
Início até 05:59	21	169	190	1	
06:00 até 11:59	23	160	183	1.137	0.6524, 1.982'
Mais que 12 horas	2	11	13	1.392	0.3655, 5.3'
TOTAL	80	1317	1397		

*: RP- Razao de prevalencia, IC- Intervalo de confiança.

Fonte: dados da pesquisa (2020)..

Discussão

A classificação dos AT não evoluiu na mesma proporção das transformações ocorridas na esfera produtiva do trabalho e continua a mesma criada em 1970. Neste percurso houve a ampliação dos espaços de exercício profissional, expandindo-os para as ruas e consequentemente os trabalhadores passaram a ser expostos a novos riscos. O termo “típico” significa aquilo que normalmente acontece, que é característico, que serve de modelo. Os AT não podem ser aceitos como típicos, não podem ser naturalizados e tampouco reconhecidos como eventos que decorrem apenas da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado (Cordeiro, 2018).

Foi possível evidenciar um aumento expressivo no percentual de notificações de ATG típicos envolvendo as mãos a partir do ano de 2014. A ascensão do número de registros pode estar associada com a descentralização das notificações pelas unidades sentinela, que ocorreu com a promulgação da Portaria 1271/MS em 06 de junho de 2014, tornando todos os serviços de saúde elegíveis para notificar AT (Brasil, 2014).

A subnotificação de AT é uma realidade alarmante no mundo, e no Brasil estima-se que o sub-registro atinge percentuais acima de 70% para acidentes fatais e 90% para os não fatais. Estes dados

podem estar associados à inadequação na avaliação do profissional que presta assistência ao trabalhador por não considerar a situação ou lesão de risco, desconhecimento da obrigatoriedade da notificação do acidente, falta de tempo para o preenchimento do formulário em virtude da sobrecarga de trabalho, o medo de dispensa pelo trabalhador e a fragmentação dos sistemas de informação privilegiando a parcela de trabalhadores com registro em carteira (Sá; Gomide; Sá, 2017). No país, o trabalho informal seguia uma tendência decrescente desde 2012, em 2017 esta situação foi modificada em decorrência das transformações no panorama político e econômico (Zack *et al.*, 2021), o que pode explicar a curva de notificações de ATG neste estudo.

Dentre os AT envolvendo mãos ocorridos com trabalhadores com registro em carteira, em 92,9% dos casos houve emissão da CAT; para os acidentados sem registro em carteira houve emissão da CAT em 60% dos casos; e para trabalhadores autônomos que se acidentaram e sofreram traumatismos em mãos a CAT foi emitida em 19% dos casos. Pode-se deduzir que o maior percentual de notificações de AT e emissões de CAT tenha ocorrido entre acidentados com registro em carteira, pela tendência do preenchimento da notificação de AT estar atrelada à emissão da CAT, que é uma prática imprescindível para o recebimento do benefício previdenciário. Isto reforça a tese de que os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível municipal, precisam repensar as ações para ampliar as notificações dos ATG, no Sinan, dos trabalhadores que não estão cobertos pelos benefícios da Previdência Social.

O perfil sociodemográfico dos trabalhadores acidentados evidenciou o predomínio do sexo masculino, com idade entre 18 e 25 anos, cor branca e escolaridade média, corroborando com estudos semelhantes realizados na região Sul do país (Momoli; Trindade; Rodrigues-Junior, 2021; Scussiato *et al.*, 2013). Outro estudo sobre este tipo de AT desenvolvido em Pernambuco apontou características sociodemográficas dos trabalhadores semelhantes quanto ao sexo e idade, no entanto, houve predomínio do ensino fundamental incompleto e da cor parda; tendo que considerar que a cor da pele

está relacionada à distribuição desta característica na população de cada região (Campos; Gurgel, 2016).

Bortoleto *et al.* (2011) consideram no estudo que teve como objetivo descrever o perfil dos casos de AT notificados num Pronto Atendimento, de um município da região norte do Estado do Paraná, que os AT acontecem principalmente com trabalhadores com menor qualificação, com aqueles que recebem baixos salários e têm menor poder decisório, com uma parcela de trabalhadores com ausência ou pouca vinculação sindical e com desconhecimento sobre os seus direitos enquanto cidadãos e trabalhadores.

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), os trabalhadores analfabetos são os que mais sofrem ATG, seguidos dos que possuem ensino fundamental incompleto e completo. Em contraposição, em países desenvolvidos, os trabalhadores com média e alta escolaridade apresentam maior morbimortalidade por AT, devido à exposição a situações mais perigosas (Momoli; Trindade; Rodrigues-Junior, 2021).

Em algumas pesquisas realizadas no país utilizando fichas de notificação de ATG do Sinan para coleta de dados, as mãos foram apontadas como as principais partes do corpo atingidas por este tipo de acidente, resultando em incapacidades temporárias ou permanentes para os trabalhadores (Campos; Gurgel, 2016; Cardoso *et al.*, 2016; Cavalcante *et al.*, 2015b; Gonçalves *et al.*, 2021).

É preocupante este tipo de ocorrência em trabalhadores tão jovens, pois, lesões traumáticas em mãos decorrentes de ATs, por mais leves que sejam, causam afastamento do trabalho, limitações para o desenvolvimento de atividades diárias, demandam tempo prolongado para reabilitação, causam sequelas motoras e/ou sensitivas e ocasionam danos de ordem psíquica e social nos casos de mutilações, interferindo diretamente na situação econômica e qualidade de vida individual e familiar (Fonseca *et al.*, 2006; Oliveira *et al.*, 2013).

○ pedreiro, 79 (5,7%), açougueiro, 65 (4,7%), alimentadores de linha de produção, 39 (2,8%), marceneiro, 38 (2,7%), e

mecânico, 35 (2,5%), foram as ocupações mais frequentes em ATG típicos envolvendo as mãos neste estudo. Um estudo retrospectivo de acidentes traumáticos de mãos relacionados ao trabalho aponta que este tipo de acidente ocorreu com maior frequência em trabalhadores que operavam máquinas (40%), metalúrgicos (13,3%), e os que ocupavam funções em que se utilizam instrumentos de trabalho que proporcionam maior risco de acidente como pedreiro, marceneiro e padeiro. Dentre as principais causas de acidentes traumáticos envolvendo mãos relacionados ao trabalho foram elencadas o contato com máquinas (58), esmagamento (50) e uso de ferramentas manuais (Oliveira *et al.*, 2013). Estes dados corroboram com os resultados obtidos pela pesquisa no que se refere à amputação traumática das mãos, que teve como principais mecanismos de trauma o fato de o trabalhador estar operando máquinas ou aparelhos domésticos motorizados.

No Brasil, a Construção Civil é o ramo produtivo que mais absorve mão de obra, no entanto, representa o cenário laboral mais precário, quanto às formas de contratação, condições de trabalho, fiscalização, acarretando maiores índices de ATG, sequelas e óbitos (Cavalcante *et al.*, 2015a; Momoli *et al.*, 2021). Um estudo realizado na Turquia, que teve por objetivo definir os fatores de risco para lesões nas mãos decorrentes de AT, evidenciou que em 77,1% dos casos os trabalhadores acidentados foram atingidos por máquinas, em 18,2% dos casos a causa do acidente foi o impacto causado por contato de objeto lançado ou projetado, exceto em queda, e em 4,7% dos casos foram atingidos por objetos em queda (Davasaksan, 2012). Outro estudo com objetivo semelhante descreveu que 77,3% dos trabalhadores estavam operando máquinas no momento que se acidentaram, e que eles associaram outras causas à ocorrência dos acidentes, como a falta de concentração (68,7%), o não uso de luvas (63,2%), falhas no ambiente de trabalho (51,5%), o uso de joias ou roupas desajustadas (27,6%), má manutenção das máquinas (18,4%), e doenças crônicas relacionadas ao trabalho (3,7%) (Mostafa; Sayed; Osman, 2014).

Os AT com lesões de mãos corresponderam a 33,5% do total de casos atendidos no Setor de Terapia da Mão do Hospital Maria

Amélia Lins em Belo Horizonte-MG; quanto à ocupação, 35,2% destes trabalhadores atuavam na manutenção e reparação, 32,6% com serviços e vendedores do comércio, e 19,5% na produção de bens e serviços industriais. Nas lesões de pele/partes moles, amputação ou outras lesões complexas, as máquinas foram o principal agente causador. O principal agente causador das lesões ósseas foram as quedas e outras causas (50%), seguidas das máquinas (46,2%), e das lesões tendinosas ou nervosas, os materiais perfurocortantes (50%) (Souza, 2008).

Neste estudo, em alguns casos, a classificação da causa do acidente realizada pelo profissional foi abrangente (acidente não especificado e condições de trabalho), ocultando a circunstância que melhor poderia se relacionar ao acidente. A imprecisão encontrada em alguns registros reflete a necessidade de se investir em qualificação e sensibilização dos profissionais para o preenchimento adequado das notificações.

Resultados semelhantes aos encontrados neste estudo foram apontados numa pesquisa que teve por objetivo conhecer o perfil epidemiológico dos ATG em um município do oeste do Paraná, na qual 60,1% dos acidentados tinham vínculo formal de trabalho, 61,6% dos trabalhadores estavam nas instalações do contratante no momento do acidente, e 35,4% dos trabalhadores tinha menos de 1 ano na ocupação (Zack *et al.*, 2020). Num estudo semelhante, desenvolvido na região nordeste do estado de São Paulo, 82,1% dos trabalhadores eram registrados, 48% dos acidentes ocorreram nas instalações do contratante, e 25,9% dos acidentados tinham de 1 a 5 anos de tempo na ocupação (Cardoso *et al.*, 2016). Estes dados sinalizam sobre a importância de serem planejadas e implementadas ações educativas de prevenção de acidentes a grupos mais vulneráveis, como os trabalhadores com menos tempo de trabalho na ocupação.

Quanto ao diagnóstico da lesão, 46,0% dos casos apresentaram fraturas, 20,5% ferimentos, 8,4% traumatismo superficial, e 5,7% amputações. A inconsistência representada por 4,6% dos casos pode estar relacionada com os acidentes em que a mão não foi a

única parte do corpo atingida e, portanto, o código da lesão pode se referir a outra parte do corpo.

Oliveira *et al.* (2013) evidenciaram, em um estudo que tinha por objetivo descrever as lesões traumáticas de mãos relacionadas ao trabalho, que as fraturas de dedos foram as lesões mais frequentes, atingindo 37,7% dos trabalhadores. O segmento anatômico mais acometido foram os dedos (73%), seguidos de punho/mão (18,5%). Quanto à distribuição dos acidentados com lesão de mão, segundo a estrutura lesada, foram: tendão/nervo (29,7%), osso (23,4%), outras lesões complexas (21,3%), amputação (17,4%), e pele/partes moles (8%) (Souza *et al.*, 2008). Num estudo envolvendo mãos, as lesões descritas foram fraturas (42,9%), lacerações (19,6%), esmagamento (12,9%), amputações (11%) e avulsão (4,9%) (Mostafa; Sayed; Osman, 2014).

Segundo Fonseca *et al.* (2006), os acidentes envolvendo mãos são predominantemente isolados, decorrentes de traumas diretos ou durante manuseio de ferramentas. Dos casos analisados, a mão mais lesada foi a direita (49,9%), com pequena diferença com relação à mão esquerda (41,3%), e uma pequena parcela de trabalhadores sofreu lesão bilateral (8,2%). Neste estudo também não foi possível caracterizar se a mão acometida pelo acidente era a dominante ou não, visto que não há este item nas fichas de notificação utilizadas na coleta de dados. Há controvérsias entre alguns estudiosos sobre a relação existente na ocorrência de traumas de mão por AT e a mão acometida, alguns defendem que o predomínio de lesões em mão não dominante pode estar relacionado ao agente causador ou à forma que o trabalhador manipula a ferramenta, segurando-a com a mão dominante, ficando a mão não dominante mais suscetível a lesões (Souza *et al.*, 2008). Já nos casos em que as lesões acometem a mão dominante, poderíamos inferir que o trabalhador diante de uma situação de risco usasse esta mão como reflexo de defesa, ou na tentativa de evitar o acidente.

Quanto ao regime de tratamento, dos trabalhadores acidentados, 91,32% foi submetido a tratamento hospitalar; e quanto à evolução do caso, 90,64% dos trabalhadores desenvolveram incapacidade

temporária. Alguns estudos apresentaram resultados correspondentes aos apresentados para estas variáveis (Cardoso *et al.*, 2016; Cavalcante *et al.*, 2015b; Oliveira *et al.*, 2013; Scussiato *et al.*, 2013).

As amputações traumáticas de punho e mãos ganharam relevância por terem sido responsáveis por 57,9% das incapacidades parciais e 55,6% das incapacidades total permanentes. Os principais fatores associados a este desfecho são: trabalhadores com idade ≥ 50 anos, não residir no município onde ocorreu o acidente, não possuir registro em carteira, ser autônomo, desenvolver atividades no domicílio e possuir mais de 7 anos na ocupação. Este resultado expressa a precarização do trabalho evidenciada pela informalidade, trabalho autônomo, pelo trabalho sendo desenvolvido no ambiente domiciliar, na possível rotatividade da força de trabalho, sendo necessário suprir com trabalhadores de municípios vizinhos. Quanto à idade dos trabalhadores, os reflexos e a habilidade não são os mesmos da juventude e isto pode explicar porque nesta fase esses trabalhadores estão mais sujeitos a sofrerem lesões graves envolvendo as mãos.

Conclusão

Os ATG típicos envolvendo as mãos ocorreram predominantemente entre homens, jovens, brancos, com média escolaridade, com registro em carteira, com até um ano de tempo na ocupação e que atuavam como pedreiros, açougueiros, alimentadores de linha de produção e marceneiros. As principais causas de acidentes foram: impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda; e esmagamento. As lesões mais frequentes foram fraturas, ferimentos, traumatismos superficiais e amputações. As amputações foram responsáveis pela maioria dos casos de incapacidade parcial e incapacidade total permanente, embora a evolução mais frequente dos casos analisados tenha sido a incapacidade temporária. Os principais fatores associados às amputações foram: idade ≥ 50 anos, não residir na capital estudada, não ter registro em carteira, ser autônomo, possuir mais que 7 anos de tempo na ocupação e o local de ocorrência do acidente ter sido o domicílio.

○ estudo apresentou algumas limitações em virtude da

incompletude do preenchimento de algumas variáveis, inconsistências de dados e pela baixa representatividade dos trabalhadores inseridos no mercado informal, sinalizando a subnotificação dos acidentes para esta população.

É preciso que haja potencialização em estratégias e ações que favoreçam o aumento das notificações de AT contemplando todos os trabalhadores; minimizando a vulnerabilidade, desigualdade e exclusão social, cada vez mais acentuada para os trabalhadores do mercado informal. O diagnóstico situacional dos ATG e especificamente aqueles envolvendo as mãos revelam os impactos nocivos do processo produtivo sobre a saúde dos trabalhadores e subsidiam o planejamento e desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Os empasses envolvendo a saúde dos trabalhadores são complexos e perpassam pela formulação de políticas que contemplem os condicionantes sociais e econômicos de saúde; pela superação da passividade do trabalhador no processo participativo das questões relacionadas à sua saúde; e pelo diálogo e desenvolvimento de ações de forma articulada entre trabalhadores e organizações com o intuito de intervir nos determinantes da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos a saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html. Acesso em: 08 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf. Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 16 jun. 2020.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE ACIDENTES DO TRABALHO [DA] EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf>.

BORTOLETO, M.S.S.; NUNES, E. de F.P. de A.; HADDAD, M. do C.L.; REIS, G.A.X. dos. Acidentes de trabalho em um pronto atendimento do Sistema Único de Saúde em um município de médio porte da região Sul do Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 91-97, dez. 2011. Disponível em: DOI 10.22421/15177130-2011v13n1p91.

CAMPOS, A.G.; GURGEL, A. do M. Acidentes de trabalho graves e atividades produtivas nas regiões administrativas de

saúde em Pernambuco: uma análise a partir da identificação de aglomerados produtivos locais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 41, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000115215>. Acesso em: 10 mar. 2019.

CARDOSO, M.G.; ROMERO, L.O.; BACHI, Z.C.; EID, V.R.T.; BERETTA, D.; JERICO, M. de C. Caracterização das ocorrências de acidentes de trabalho graves. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 83-88, 2016.

CAVALCANTE, C.A.A.; COSSI, M.S.; COSTA, R.R. de O.; MEDEIROS, S.M. de; MENEZES, R.M.P. de. Análise crítica dos acidentes de trabalho no Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 44, p. 100-109, 2015a.

CAVALCANTE, C.A.A.; MEDEIROS, S.M. de; MATA, M. de S.; CAVALCANTE, E.F. de O.; CAVALCANTE, E.S.; OLIVEIRA, L.V. e. Acidentes de trabalho graves no Rio Grande do Norte: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 543-555, 2015b. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20155221>. Acesso em: 22 jun. 2019.

COHN, A.; KARSCH, U.S.; HIRANO, S.; SATO, A.K. **Acidentes do trabalho: uma forma de violência**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CORDEIRO R. A inadequação da classificação oficial dos acidentes de trabalho no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173016>. Acesso em: 29 jul. 2023.

DAVASAKSAN, A.; DURUSOY, R.; BAL, E.; KAYALAR, M.; ADA, S.; TANIK, A.F. Risk factors for occupational hand injuries: relationship between agency and finger. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 55, n. 5, p. 465-473, 2012. Disponível em: DOI 10.1002/ajim.22016.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA

PREVIDÊNCIA SOCIAL (DATAPREV). Brasil, 2018. Disponível em: <https://dadosabertos.dataprev.gov.br/dataset?q=acidentes+de+trabalho+2018>. Acesso em: 23 fev. 2020.

ENGELS, F. A concorrência. In: ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1985. p. 93-115.

FONSECA, M. de C.R.; MAZZER, N.; BARBIERI, C.H.; ELUI, V.M.C. Traumas da mão: estudo retrospectivo. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 181-186, 2006.

GONCALVES, M.R.; GONCALVES, M.R.; ITO, F.Y.; MIZOGUTI, N.N.; HIROTA, M.M.; HAYASHIDA M.R.; ZETOLA P.R., DANIEL E. Acidentes de trabalho graves notificados em uma unidade sentinela, no período entre 2008 e 2018. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 299-306, 2021. Disponível em: DOI 10.47626/1679-4435-2021-611.

MOMOLI R.; TRINDADE L. de L.; RODRIGUES-JUNIOR S.A. Perfil dos acidentes de trabalho na indústria da construção civil no oeste de Santa Catarina. **Revista Psicologia: Organizações & Trabalho**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 1456-1462, abr./jun. 2021. Disponível em: DOI 10.5935/rpot/2021.2.19660.

MOSTAFA, N.S.; SAYED, A.M.; OSMAN, A.A. Work-related hand injuries treated at a tertiary care hospital. **Journal of the Egyptian Public Health Association**, Egito, v. 89, n. 2, p. 85-89, 2014. Disponível em: DOI 10.1097/01.EPX.0000453132.09162.52.

OLIVEIRA, T.P. de; SIME, M.M.; COSTA, J.F.B.; FERRIGNO, I.S.V. Estudo retrospectivo dos acidentes traumáticos da mão relacionados ao trabalho. **Caderno de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 339-349, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.035>. Acesso em: 18 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. Anuário Brasileiro de Proteção. **Acidentalidade no mundo**, p. 168-172, 2017. Disponível em: www.revistaemergencia.com.br/upload/protecao_materiaarquivo/922.pdf. Acesso em: 14 dez. 2019.

SA, A.C.M.G.N. de; GOMIDE, M.H.M.; SA, A.T.N.de. Acidentes de trabalho e suas repercussões legais, impactos previdenciários e importância da gestão no controle e prevenção: revisão sistemática de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 26, e-1285, p. 1-8, 2017. Disponível em: DOI 10.5935/2238-3182.20160125.

SCUSSIATO, L.A.; SARQUIS, L.M.M.; KIRCHHOF, A.L.C.; KALINKE, L.P. Perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves no Estado do Paraná, Brasil, 2007 a 2010. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 621-630, 2013. Disponível em: DOI 10.5123/51679-49742013000400008.

OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (SMARTLAB). Brasil, 2019. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst>. Acesso em: 08 maio 2019.

SOUZA, M.A.P.; CABRAL, L.H. de A.; SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Acidentes de trabalho envolvendo mãos: casos atendidos em um serviço de reabilitação. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 64-71, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502008000100011>. Acesso em: jun. 2019.

ZACK B.T.; ROSS C.; GOUVEA, L.A.V.N. de; TONINI, N.S. Acidente de trabalho grave: perfil epidemiológico em um município do oeste do Paraná. **Saúde e Debate**, v. 44, n. 127, p. 1036-1052, 2020. Disponível em: DOI 10.1590/0103-1104202012707.

CAPÍTULO 8

A DETERMINAÇÃO ESTRUTURAL DA EXCLUSÃO DO MERCADO FORMAL DE TRABALHO DAS PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

**Tatiana Crovador Siefert, Guilherme Souza Cavalcanti de
Albuquerque, Renata Bellenzani**

Introdução

A deficiência física decorrente da lesão medular, o trabalho e a exclusão

Lesão medular (LM) ou traumatismo raquimedular é o acometimento da medula espinhal, que acarreta em perda da função motora e sensitiva abaixo do nível da lesão. É uma das importantes condições crônicas da atualidade pois gera impacto nas esferas pessoal e social, determinando um novo modo de viver para o indivíduo e para o seu núcleo familiar (Calliga; Porto, 2017). As limitações impostas pela lesão medular alteram a rotina e a participação social dos indivíduos, uma vez que estes apresentam comprometimento da capacidade funcional e da independência, sendo necessários auxílios para realizar tarefas de autocuidado e mobilidade (Atkins, 2005).

O comprometimento ocasionado pela lesão medular altera de forma significativa o envolvimento e a participação social, afastando o indivíduo temporária ou definitivamente de suas ocupações (Campos *et al.*, 2008). O objetivo do tratamento de reabilitação após a lesão medular é, então, alcançar a máxima independência funcional e o retorno às atividades necessárias e significativas apesar das sequelas, uma vez que a perda da função motora decorrente da lesão medular é uma condição permanente (Atrice, 2004). No entanto, mesmo com a evolução dos serviços médicos e de reabilitação, observa-se um alto impacto socioeconômico aos indivíduos, resultando em elevados índices de desemprego e aposentadoria precoce após a lesão (Franceschini *et al.*, 2012; Kenedy; Hanson, 2016). Ressalta-se que o retorno ao trabalho após a aquisição de uma deficiência na idade adulta é considerado um dos melhores indicadores de independência, integração e qualidade de vida (Francheschini *et al.*, 2012).

Para o referencial marxista, o estudo da sociedade deve ter início pelo conceito de trabalho pois ele é a base de qualquer atividade econômica, além de ser uma das categorias mais importantes para compreender o desenvolvimento humano, social e econômico - uma vez que a estruturação do modo de produção se dá através dele e de suas relações (Marx, 2013; Netto; Braz, 2012). Segundo

Marx (2013), o trabalho se define como o processo em que o homem interage, se apropria e modifica a natureza para a satisfação de suas necessidades, transformando materiais naturais em produtos de seu interesse. Atividades que atendem às necessidades de sobrevivência são comuns às espécies animais, estabelecendo uma relação imediata entre o animal e o seu meio ambiente. As necessidades a serem satisfeitas são, em geral, fixas e constantes, limitadas às questões imediatas (alimentação, obtenção de abrigo, proteção, entre outras). Tal comportamento é determinado geneticamente, sem grandes alterações entre a mesma espécie ao longo dos anos (Marx, 2013; Netto; Braz, 2012).

○ trabalho se diferencia desta atividade animal ao romper com o padrão instintivo e imediato, assumindo caráter consciente e proposital. Enquanto atividade humana, o trabalho demanda instrumentos que intermedeiam esta relação homem-natureza, exigindo habilidades específicas e com a presença da intencionalidade, além de não satisfazer a um rol limitado de necessidades: o seu desenvolvimento implica na criação de novas necessidades. Sendo assim, o trabalho é uma atividade exclusivamente humana que objetiva a apropriação da natureza para satisfação de necessidades crescentes e mutáveis, que se originam, inclusive, do próprio processo de produção (Braverman, 1981; Netto; Braz, 2012)

○ trabalho possui um caráter coletivo, trazendo implicações para o desenvolvimento social: foi através do desempenho do trabalho que a humanidade se constituiu (Netto; Braz, 2012). Esta atividade intencional e dirigida configura se, então, como a finalidade do ser humano – que é um ser social. Entre as mudanças sociais dos últimos séculos, o trabalho segue tendo importância significativa sobre questões econômicas, sociais e políticas, além de ser considerado um dos valores centrais para a identidade e referência pessoal (Santos; Freitas, 2018).

○ desempenho de uma atividade produtiva é parte fundamental da identidade de um adulto, sendo a forma de realização de suas potencialidades e subsistência (Calliga; Porto, 2017; Netto; Braz, 2012). O trabalho é a base de qualquer atividade econômica

e é ele que possibilita a produção de qualquer bem. Independente da forma de organização de cada sociedade, o trabalho é a condição de existência do ser humano na mediação entre a natureza e as suas necessidades (Lira *et al.*, 2018).

Atualmente, o capitalismo é o modo de produção dominante e, mesmo que o trabalho ocorra sob tal modo de produção, a sua natureza não é alterada. No entanto, nesta forma de organização social o trabalho se torna uma mercadoria como outra qualquer, disponível para compra por aqueles que detêm os meios de produção para exploração do homem pelo homem. As relações de trabalho passam a ser subordinadas ao regime privado dos meios de produção, cuja posição no processo produtivo determina a classe social a qual o indivíduo pertence (Braverman, 1981; Marx, 2013; Netto; Braz, 2012).

O modo de produção capitalista se encontra, agora, em uma fase de acumulação flexível e de reestruturação produtiva, onde os processos de trabalho foram flexibilizados e a produção é vinculada à demanda. Uma das características principais desta fase, no que se relaciona ao trabalho, é busca pela eficiência e eliminação do tempo morto durante o processo de produção, o que intensifica a exploração. Isso reflete nas formas de contratação dos trabalhadores, cuja tendência é a redução da jornada para períodos parciais, diminuindo a estabilidade e a segurança da classe trabalhadora. Com isso há a necessidade de trabalhadores cada vez mais qualificados e multifuncionais, aumentando ainda mais a dificuldade de inserção no processo produtivo pela população que não possui tais características (Netto; Braz, 2012).

Em um cenário como esse, onde há uma busca constante pela melhora dos índices de produtividade e da lucratividade, pessoas com deficiência são consideradas, pela maioria das empresas e empregadores, como menos produtivas ou incapazes – como aquelas com lesão medular. (Teixeira; Junior, 2019).

A determinação social da saúde-doença

O conceito de determinação social da saúde surgiu das correntes teóricas da medicina social latino-americana e da epidemiologia crítica, constituídas na década de 1970, e que fizeram um contraponto aos conceitos estabelecidos pela epidemiologia clássica sobre a causalidade das doenças (BREILH, 1991). Baseada no modelo biomédico e no positivismo, a epidemiologia clássica faz correlações entre a saúde e fatores de proteção e de risco que, na maioria, estariam conectados pelo meio social. A abordagem principal deste modelo tradicional visa definir os fatores de risco para o adoecimento, como, por exemplo, os estilos de vida, alimentação, genética, entre outros. A associação que a epidemiologia clássica faz refere-se apenas ao conjunto dos comportamentos individuais somados aos fatores isolados, sendo que tal causalidade, sustentada pela teoria dos fatores de risco, não associa as condições de saúde com a estrutura social e suas múltiplas determinações (Breilh, 1991, 2015). Desta forma, caracterizam-se os grupos mais vulneráveis ou com maior probabilidade de adoecimento sem considerar o contexto histórico e social daquele indivíduo ou população (Breilh, 2006).

Os riscos, associados às doenças segundo a epidemiologia clássica, são intrínsecos ao modo de viver. A insuficiência dos modelos uni e multicausais adotados pela vertente clássica para explicar os processos de adoecimento e para alterar os índices de saúde da população em geral demonstra a fragilidade da causalidade, colocando em cena a questão da determinação social do processo de saúde-doença. Considerar apenas tais fatores de risco, de acordo com a epidemiologia crítica, limita a compreensão do processo de saúde-doença a uma visão unilateral, sendo necessário analisar também os processos econômicos, sociais e culturais como determinantes para a saúde (Breilh, 2006; Laurell, 1982).

A epidemiologia crítica se opõe ao modelo biomédico substituindo a causalidade na forma de associação pela determinação, e considerando o perfil epidemiológico para além das características individuais. A explicação do processo de saúde-doença não se dá a partir de causas isoladas, mas sim através da articulação dos modos

de viver com os processos históricos. Ao utilizar como referencial teórico o pensamento social em saúde e o materialismo histórico dialético, além de considerar que os modos de produção e de reprodução social são processos conectados, a epidemiologia crítica afirma que as classes sociais e os seus modos de viver característicos determinam o processo de saúde-doença, as formas de adoecer e morrer. Ou seja, a saúde apresenta uma relação de dependência entre a vida econômica, cultural e política, resultante de uma complexidade de processos que podem ser protetores ou destrutivos (Breilh, 1991, 2006; Laurell, 1982).

A noção de perfil epidemiológico para a epidemiologia crítica sintetiza o processo de determinação histórica e social, pois incorpora na análise o movimento da realidade, sua totalidade e expressões aos níveis singular e particular (Breilh, 2006, 2015). Para a epidemiologia crítica, não é possível realizar um diagnóstico em saúde sem considerar a estrutura da sociedade, os modos de viver daquele grupo, as condições particulares e singulares e seus efeitos sobre a vida, seu movimento e historicidade (Breilh, 1991, 2015).

A epidemiologia crítica é a ciência que melhor compreende e explica o processo de saúde-doença como um processo social (Breilh, 2006). Uma das contribuições mais importantes desta teoria é de que a saúde individual está interligada à saúde coletiva e de que as causas das doenças não devem ser interpretadas como eventos estáticos que podem ser abstraídos. A epidemiologia crítica não desconsidera a determinação causal e os avanços conquistados pela epidemiologia clássica, mas compreende que as relações sociais são determinadas e que o adoecimento se dá no plano coletivo. A natureza social da doença não se observa nos eventos clínicos individuais, mas no modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos. Para se observar o caráter social da doença é necessário analisar a frequência de uma determinada condição de saúde nos diferentes grupos sociais em uma sociedade, em um mesmo momento. O que irá se perceber é a diferença com que cada classe social, e suas frações, adoecem, conforme suas relações com os meios de produção e com os demais grupos. Os processos de adoecimento devem ser vistos, então, como parte integrante do movimento da vida e da

sociedade em geral e, para compreendê-los, é preciso compreender as leis gerais do movimento social (Breilh 1991, 2015; Laurell, 1982).

De acordo com a epidemiologia crítica, uma sociedade capitalista convive com a contradição de reconhecer no campo teórico o caráter social das doenças, porém sem interferir em tais questões em suas práticas em saúde para não responsabilizar a classe dominante a assumir que há uma determinação social da saúde. Os interesses da classe dominante se expressam como se fossem representativos da sociedade como um todo, determinando inclusive os conceitos de saúde e doença. Em uma sociedade capitalista, o estado de morbidade se refere à incapacidade para o trabalho, centrando a doença no plano individual e ocultando o caráter social dos processos de adoecimento (Breilh, 1991, 2006; Laurell, 1982).

Cada modo de produção reflete na organização social e nas condições de existência dos indivíduos. Na perspectiva da epidemiologia crítica, define-se como domínio estrutural o modelo adotado para a formação social, ou seja, à forma como as forças produtivas se desenvolvem e como se dão as relações de produção. Em uma sociedade capitalista, cujo domínio estrutural define como característica principal a acumulação do capital e a distinção entre os detentores dos meios de produção e daquelas que só possuem a própria força de trabalho a ser explorada, formam-se as classes sociais. Então, com base nessa determinação estrutural é que se constroem e se apresentam as condições de vida e os modos de viver (Breilh, 1991, 2006).

O estudo dos processos de saúde-doença e dos fenômenos epidemiológicos deve estar ligado às leis da produção e à totalidade do contexto social enquanto produto desta historicidade, compreendendo então as causas mais profundas do processo de adoecimento. A relação dialética entre o individual, o particular e o geral é o que determina os limites da atuação do indivíduo e o impacto dos processos protetores e destrutivos sobre a sua vida, de forma que devem ser estudados conforme os modos de viver em suas múltiplas determinações (Breilh, 1991; Laurell, 1982).

O materialismo histórico dialético é o método de compreensão e interpretação da realidade, descrevendo a forma de organização da sociedade e as relações sociais existentes ao longo da história, fundamentado no processo real e histórico dos fenômenos sociais. Enquanto método científico visa explicar as leis que determinam a forma de organização social, considerando que a realidade é um conjunto interligado de eventos determinados por múltiplos processos. Existe, portanto, uma relação dialética entre a totalidade e as suas partes, sendo que nenhum fenômeno pode ser compreendido de forma isolada ou sem considerar as suas múltiplas determinações (Gomide, 2014; Martins, 2006; Pires, 1997).

O domínio individual está relacionado aos modos de viver dos indivíduos; o domínio particular diz respeito ao perfil dos grupos semelhantes, que é imposto pelas condições estruturais; o domínio estrutural, por fim, se refere à forma de organização da sociedade e ao modo de produção vigente. É a complexa interação entre tais domínios que resulta na determinação dos processos que trazem consequências nos modos de vida (Breilh, 2006). Sendo assim, então, não é possível compreender o cenário social e sua complexidade de políticas e estruturas sociais sem compreender a lógica do modelo de produção capitalista (Gomide, 2014).

Metodologia

Os dados apresentados nesta seção se referem ao resultado de pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, desenvolvida entre os anos de 2019 e 2021. O estudo foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com os pacientes com diagnóstico de lesão medular em tratamento no Hospital de Reabilitação do Paraná, local de referência no atendimento a esta população na rede de atenção do Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná.

O princípio de saturação foi utilizado para compor a amostra, que tinha como critérios de inclusão: estar em acompanhamento no referido hospital devido ao diagnóstico de lesão medular ao nível paraplegia, estar em idade economicamente ativa (entre 18 e 65 anos) e ser natural do Brasil. A Tabela 1 demonstra a compilação dos dados

dos entrevistados. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, com instrumento desenvolvido pelos autores, contendo perguntas disparadoras para investigar os vínculos de trabalho anteriores à lesão medular e as possibilidades e perspectivas de retorno ao trabalho após a ocorrência da lesão.

Tabela 01 – Caracterização dos entrevistados

N = 09		Tempo de início da reabilitação (em dias)	
Sexo		31 - 60	03
Masculino	09	61 - 90	00
Feminino	00	91 - 120	01
Idade em anos		Tempo desde a LM (em meses)	
18 - 20	01	0 - 12	03
21 - 30	04	13 - 24	03
31 - 40	02	25 - 36	02
41 - 50	02	37 - 48	01
Benefício após a LM			
Benefício de prestação continuada (BPC)		02	
Auxílio doença		03	
Aposentadoria por invalidez		01	
Fonte de renda atual			
Não possui		03	
Benefício assistencial ou previdenciário		04	
Benefício + renda extra		02	
Trabalho formal		00	

Fonte: Os Autores, 2021.

Os dados obtidos através da realização das entrevistas semiestruturadas foram analisados através da técnica de análise de conteúdo/análise temática para elencar as categorias dos discursos que tenham maior relevância para a pesquisa. Entre as técnicas de análise de conteúdo está a análise temática, que consiste em elencar os núcleos de sentido que compõem os documentos analisados,

cuja frequência de aparição tem relevância para a pesquisa (Bardin, 1977). Com a definição das categorias de análise, procedeu-se a discussão destas com a literatura atinente, sob a ótica do materialismo histórico-dialético, buscando compreender o processo histórico de exclusão das pessoas com lesão medular dos espaços de trabalho e os seus nexos de determinação.

Em relação aos aspectos éticos, tal projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (CAAE SCS/UFPR: 30582720.2.0000.0102 N° parecer: 4.075.656) e pelo Comitê de Ética do Complexo Hospitalar do Trabalhador (CAAE HT/SESA-PR: 30582720.2.3001.5225 N° parecer: 4.238.996), sendo elaborado e realizado conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todas as participações se deram de forma voluntária e todos os entrevistados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no momento inicial da entrevista, garantindo os aspectos éticos da realização de pesquisas com seres humanos.

A exclusão do processo produtivo devido à lesão medular, diante das particularidades do trabalho na sociedade capitalista

“Se eu estivesse em um emprego registrado acho que dificilmente alguém entenderia que eu preciso de um intervalo para fazer esse alívio de pressão, sair da cadeira um pouco para evitar complicações. Não teria exceção, eu estaria lá para trabalhar e não teria tantas flexibilidades. Não sei se a jornada de trabalho das pessoas com deficiência é menor, mas se for aquelas oito horas seria complicado. Em empresa privada é daquele jeito, tocar o serviço sem parar. Sem chance para essas mudanças. Talvez no setor público respeitem mais essas necessidades. Mas onde você precisa gerar o seu salário, gerar o lucro para o patrão, aí não teria muita conversa. É trabalhar e trabalhar. [...] Porque fazer uma rampa é tranquilo, mas esse dia a dia as pessoas não conhecem. Ter intervalo, local de descanso, banheiro adaptado, não sei não. Não está fácil nem para quem não tem nenhuma limitação, imagina para mim.” (Entrevistado 05)

A partir da técnica de análise de conteúdo/análise temática das narrativas dos entrevistados foram obtidas as seguintes categorias: acessibilidade, escolaridade, tempo decorrido após a lesão medular, preconceito e desconhecimento relacionados à lesão medular, remuneração abaixo da média e vínculos informais de trabalho.

A categoria acessibilidade esteve presente na maioria das entrevistas, sendo citada como um fator importante que limita o retorno independente às atividades anteriormente realizadas – não apenas o trabalho. A acessibilidade diz respeito às possibilidades de acesso a lugares, serviços, produtos e informações sem qualquer limitação, garantindo a todos os indivíduos – independente de suas capacidades ou circunstâncias de vida - a independência (Cotner *et al.*, 2015). Conforme descrito na literatura (Calliga; Porto, 2019; Cotner *et al.*, 2015; Kenedy; Hasson, 2016; Franceschini *et al.*, 2012), a falta de acessibilidade nos espaços públicos e privados acaba por desencorajar o retorno ao trabalho, pois, além da necessidade de adaptação do posto de trabalho em si, encontram-se limitações arquitetônicas que dificultam a locomoção na comunidade, uso do transporte público e o acesso aos locais de trabalho. Além disso, a adaptação à nova condição física é um processo individual e que não pode ser estimado um determinado período de tempo para que a independência funcional seja reestabelecida. Corroborando os achados da literatura (Franceschini *et al.*, 2012), os entrevistados referiram que no momento inicial após a lesão medular a prioridade é a reabilitação e o alcance da independência nas atividades diárias. Com o domínio das questões como transferências, uso independente do banheiro e mobilidade fora de casa é que a possibilidade de retorno ao trabalho passa a ser considerada.

Conforme descrito na literatura, a escolaridade é um dos principais preditores para o retorno ao trabalho, sendo que a escolaridade mais avançada reflete em ocupações cuja demanda cognitiva é a principal (Franceschini *et al.*, 2012; Kenedy; Hasson, 2016). Confirmando os achados da revisão de literatura, os participantes relataram que a baixa escolaridade é um fator de impacto negativo nas oportunidades de trabalho após a lesão medular. Considerando que sete dos nove entrevistados apresentam nível médio de formação ou

inferior, além de desempenharem atividades laborais que dependiam da integridade e da força física, a qualificação profissional foi citada como etapa necessária para iniciar um novo emprego em uma nova área. Para aqueles que possuíam nível de ensino superior, por desenvolverem um trabalho no qual predominavam as atividades cognitivas ou com pouca exigência de física, a possibilidade de retorno ao trabalho foi considerada mais acessível. Isto porque a facilidade de adaptação do posto de trabalho foi citada como facilitador do processo de retorno.

Como descrito na literatura (Cotner *et al.*, 2015; Franceschini *et al.*, 2012; Kenedy; Hasson, 2016), o preconceito por parte dos empregadores é um fator considerável no processo de retorno ao trabalho, limitando as oportunidades e as possibilidades de contratações formais. Conforme dispõe a legislação brasileira, as pessoas com deficiência não devem ser discriminadas em relação às oportunidades e remuneração devido à sua condição. Além da questão da exclusão decorrente do preconceito, os entrevistados citaram as alterações na rotina após a lesão medular como uma barreira importante no desempenho de uma atividade formal. Segundo os relatos, a iniciativa privada não iria tolerar uma redução na jornada, intervalos frequentes e ausências para os cuidados necessários com a saúde uma vez que a diminuição da produtividade traria menos lucro ao empresário.

Outra categoria citada pelos entrevistados foi a diferença de remuneração entre as vagas de ampla concorrência e aquelas destinadas às pessoas com deficiência. O discurso dos entrevistados corrobora o que é descrito na literatura nacional (Calliga; Porto, 2019), de que essa população em geral se encontra em subempregos e com remuneração abaixo da média do mercado. Além disso, através dos relatos, percebeu-se uma tendência às atividades informais de trabalho após a lesão medular devido às dificuldades encontradas no processo de recolocação no mercado pelo preconceito e falta de oportunidades. A maioria dos participantes já não desempenhava uma atividade formal antes da lesão medular, o que pode direcionar as escolhas no momento de considerar o retorno ao trabalho pelas oportunidades e experiências anteriores. Somado a isso, a realização

de uma atividade informal e por conta própria apresentaria maior flexibilidade da rotina, permitindo os cuidados de saúde necessários mesmo com uma jornada de trabalho extensa. Conforme descrito na literatura nacional (Calliga; Porto, 2019), a maioria das pessoas após a lesão medular assume atividades laborais informais para manutenção da renda sem a perda do benefício previdenciário ou assistencial.

Faz-se necessário considerar que o desemprego estrutural, cenário em que as mudanças na economia e as novas formas de organização do trabalho provocam um descompasso entre as vagas disponíveis e a força de trabalho existente, é um processo fortemente negativo para a empregabilidade dos indivíduos com lesão medular. Estes permanecem sem perspectivas de empregabilidade, pois não possuem condições de acompanhar as mudanças de um mercado que busca uma força de trabalho com potencial máximo de exploração.

A determinação do processo de exclusão do trabalho formal das pessoas com lesão medular

Como citado anteriormente, as características do trabalho são determinadas pelo modo de produção vigente em cada sociedade. Sendo assim, a análise da exploração da força de trabalho e das condições sociais de existência deve ser compreendida como decorrente do modo de produção capitalista e das relações sociais que se estabelecem a partir dele. Tendo em vista os relatos dos indivíduos que se encontram às margens do processo produtivo devido às sequelas físicas impostas pela lesão medular ante as particularidades do trabalho na sociedade capitalista brasileira, é possível perceber como o domínio estrutural determina, em última instância, o processo de exclusão destes indivíduos do mercado de trabalho formal.

A mais-valia diz respeito à diferença entre o valor produzido pelo trabalho e o valor pago ao trabalhador. A jornada de trabalho no decorrer do processo produtivo cria valores excedentes além daqueles que são pagos na forma de salário, ou seja, um excedente quantitativo de trabalho não pago. Tal diferença, a mais-valia, é a fonte de lucro do sistema capitalista. Nos países de capitalismo periférico observa-se uma exploração da força de trabalho ainda mais intensa

para extração da mais-valia, uma vez que, em geral, utilizam maior quantidade de trabalho vivo durante o processo produtivo (Amaral; Carcanholo, 2009; Netto; Braz, 2012).

Capitalismo periférico é a denominação do sistema capitalista em países em desenvolvimento, nos quais a economia é geralmente dependente de países centrais e que já possuem a economia consolidada. Observa-se nos países com capitalismo periférico uma economia instável, marcada por crises e recessões frequentes, além da presença de grandes desigualdades sociais e do declínio da estabilidade relacionada ao emprego (Amaral; Carcanholo, 2009). A busca pela máxima exploração no sistema capitalista se traduz na percepção dos participantes do estudo sobre o preconceito existente no momento de retornar ao trabalho após a lesão medular. Ainda que os discursos não remetam ao nível estrutural e suas determinações, observa-se que o preconceito na contratação das pessoas com deficiência advém do fato de elas não serem consideradas aptas para o grau de exploração intenso desejado pelo capital, com vistas à maior lucratividade.

A análise pautada no materialismo histórico dialético demonstra, então, que o preconceito exprime, na maioria das vezes, a rejeição a um trabalhador cujas irregularidades anatomofuncionais do corpo tendem a reduzir a sua produtividade, impedindo a máxima exploração de sua força de trabalho. Apesar de a maioria dos participantes não possuírem um emprego formal antes da lesão medular e de também não terem realizado tentativas de retorno ao mercado formal, verifica-se a percepção de que mesmo com as políticas públicas e as garantias legais de equiparação de oportunidades e salários, conforme os relatos, não há segurança da efetiva participação no mercado formal.

Além da questão do preconceito, a contratação formal após a lesão medular esbarra nas justificativas dos empregadores para o não cumprimento da legislação vigente sobre a reserva de vagas. Os principais argumentos seriam a inexistência da quantidade suficiente de pessoas com deficiência para cumprir a lei de cotas, a escolaridade insuficiente para as vagas disponíveis, a preferência pelo recebimento

dos benefícios assistenciais e os riscos de determinadas funções ao serem ocupadas pelas pessoas com deficiência (Clemente, 2015). Exceto pela questão da preferência pelo benefício assistencial ou previdenciário em detrimento do trabalho, tais alegações também foram citadas pelos participantes como barreiras para o retorno ao trabalho formal, sendo que questões como a baixa escolaridade são vistas como uma questão individual e não estrutural.

Em relação à escolaridade e número de pessoas com deficiência para assumir os postos de trabalho, estima-se que menos de 1% desta população possui vínculos formais, e que cerca de três milhões de pessoas com alguma deficiência possuem pelo menos 11 anos de estudo - que é, em geral, a qualificação mínima exigida para a maioria das vagas. Este dado não corresponde aos achados do estudo: apesar da amostra ser restrita, um percentual considerável dos participantes não possuía o ensino médio completo. Outra questão, apontada na literatura, que não deve ser desconsiderada é o fato da maioria das pessoas terem adquirido a deficiência após os 20 anos de idade, por causas como acidentes, violência urbana ou doenças. Ou seja, cursaram o sistema regular de ensino e possuem experiências anteriores de trabalho que podem ser aproveitadas. Tal achado vai ao encontro dos resultados da pesquisa, onde a lesão medular ocorreu na idade adulta e os indivíduos frequentaram o ensino formal, mesmo que não o tenham completado. No entanto, a maioria das ocupações anteriores dos participantes foi considerada por eles como incompatíveis com a nova condição física e dificilmente seria possível o retorno à mesma função. O retorno à mesma ocupação seria o caminho mais desejado após a lesão medular pois permitiria um retorno mais rápido, efetivo e sem depender de novas qualificações para uma outra função (Ramakrishnan *et al.* 2011). No entanto, na amostra, a maioria dos postos de trabalho não poderia ser adaptada para permitir o retorno - conforme relatado pelos trabalhadores.

Sobre a questão dos benefícios assistenciais e previdenciários, existe a possibilidade da suspensão temporária ao se adquirir um emprego formal (Brasil, 1993). No caso de demissão voluntária ou dispensa pelo empregador, é possível solicitar uma nova concessão. Pelos discursos dos participantes, tal fato não é de conhecimento

dos entrevistados apesar de que a maior incidência de concessão encontrada na amostra foi de benefícios previdenciários e não assistenciais. A questão do valor dos benefícios também foi citada nesta pesquisa como um motivo para o retorno ao mercado de trabalho. A maioria dos entrevistados apontou uma diminuição da renda após a lesão medular de forma que, nesta amostra, não foi observada preferência pelo benefício em detrimento ao trabalho.

Por fim, a respeito do risco inerente de determinadas funções para uma pessoa com deficiência, este discurso de “negar trabalho para evitar exposição ao risco da atividade é bastante sedutor” (Clemente, 2015, p. 103), disfarçando as barreiras atitudinais com uma falsa preocupação. Com a evolução tecnológica das últimas décadas diversas tarefas e postos de trabalho tornaram-se acessíveis a todas as pessoas, incluindo aquelas com alguma deficiência. Mesmo assim, não se observam grandes impactos sobre a empregabilidade após a lesão medular principalmente porque a tecnologia capitalista é desenvolvida a partir das necessidades de produção, devendo o trabalhador se adaptar ao processo produtivo – e não o contrário. Como cita Marx (2013, p. 113) “o operário não domina as condições de trabalho, é dominado por elas”. A referência às aptidões pessoais não é uma novidade na escolha de um emprego e, obviamente no caso da deficiência física e da lesão medular, muitos postos de trabalho – como os de maior exigência física - não são adequados. Mas a incorporação tecnológica crescente permitiria a participação em muitos outros, conforme citado pelos participantes da pesquisa.

O avanço científico e tecnológico, uma das características da reestruturação produtiva, teria o potencial de reduzir a demanda de trabalho vivo e liberar parte do trabalho humano. Simultaneamente, esta inclusão crescente de novas tecnologias no processo produtivo traz a destruição do trabalho humano, sendo o desemprego uma das formas desse processo. O desenvolvimento tecnológico exige trabalhadores cada vez mais qualificados e multifuncionais para acompanhar essas modificações.

O conceito de multifuncionalidade - ou multitarefas - se refere à diversificação dos atos e tarefas realizados pelo trabalhador.

O trabalho é intensificado, tornando-se necessário controlar diferentes processos e imprevistos. A crescente intensificação do trabalho pode tornar o desempenho da atividade de trabalho incompatível às condições físicas e de saúde após a lesão medular (Amaral; Carcanholo, 2009; Hirata, 1994). Como citado pelos entrevistados, muitas vezes são necessários intervalos durante a jornada de trabalho para os cuidados com saúde, bem como ausências para tratamentos. Tais necessidades estão em oposição à polivalência e à eliminação do tempo morto durante o processo de produção.

O cenário da reestruturação produtiva e da acumulação flexível culmina com esse paradoxo da polarização da classe trabalhadora: uma minoria de trabalhadores super qualificados e uma grande massa de desqualificados, com as novas tecnologias reforçando a divisão do trabalho e a superexploração (Netto; Braz, 2012). Tal cenário se observa no que foi relatado pela amostra desta pesquisa, onde aqueles poucos que possuem nível superior de ensino têm melhores perspectivas no retorno ao mercado formal enquanto os demais buscam por formas alternativas de inclusão. No extremo oposto da classe trabalhadora mais qualificada, encontram-se aqueles trabalhadores com menor qualificação, ocupando vagas com menores exigências e, por consequência, com remuneração mais baixa. Estes trabalhadores acabam sendo superexplorados, visto que a sua força de trabalho pode ser facilmente substituída ou, então, contratada através das novas modalidades mais flexíveis, como pela via da terceirização e da prestação de serviços por conta própria, expondo-os à precarização e desamparo legal (Netto; Braz, 2012).

Ao desemprego estrutural, decorrente das transformações tecnológicas, somam-se às várias formas de degradação dos direitos trabalhistas. Com isso surgem novas formas de contratação, o aumento do trabalho informal e por conta própria, onde os direitos são praticamente inexistentes e a remuneração menor e instável. A reforma trabalhista, desde 2017, vem favorecendo este cenário do deslocamento do emprego formal para o informal, ampliando a precarização. Tal fenômeno é bastante perceptível na amostra, onde a baixa qualificação por si só já poderia ser considerada uma barreira ao emprego formal. Somada à deficiência física, ampliam-se as

dificuldades de inserção e a alternativa para a manutenção da renda pessoal são os vínculos informais. Tais vínculos, ainda que seja uma forma de inclusão no sistema capitalista e na circulação do capital, são precários e frágeis, uma vez que não possuem nenhum tipo de estabilidade, segurança ou direitos trabalhistas. As diferentes formas do serviço informal, como a venda de produtos, prestação de pequenos serviços ou o trabalho por demanda, correspondem a um quadro de trabalhadores mais precarizados.

Apesar de muitos dos entrevistados terem citado o trabalho informal como uma opção pelas possibilidades de gerenciar o próprio tempo entre as diversas demandas individuais, a associação da deficiência física aos vínculos informais acaba os expondo à maior insegurança e privação de direitos. Como citado anteriormente, não é possível verificar se a fala sobre esta questão não foi influenciada por questões éticas ou pelo impacto econômico, uma vez que possuir um emprego formal ocasionaria a interrupção dos benefícios recebidos. Conforme descrito na literatura, o mercado informal se configura como uma possibilidade de manter o recebimento do benefício e possuir uma fonte de renda extra (Calliga; Porto, 2019). Outra forma de inclusão marginal no sistema capitalista percebida nos relatos dos entrevistados é a realização do trabalho doméstico. No sistema capitalista o trabalho doméstico é uma forma de trabalho não-pago, relacionado à reprodução da classe trabalhadora (Marx, 2013). A permanência no domicílio, uma vez que não há a existência de vínculos de trabalho, e o aumento da independência física fazem com que o serviço doméstico seja uma possibilidade de ocupação, ainda que não a ocupação desejável. Em muitos casos, o desempenho de uma atividade de trabalho a ser realizada em domicílio foi considerado devido às dificuldades encontradas para locomoção nos ambientes públicos e privados. A questão da acessibilidade explicita uma contraposição entre os interesses de classes, uma vez que o modo de produção capitalista não busca se adequar às necessidades dos trabalhadores e, sim, às do capital. O que se observou nos discursos, inclusive, foram as falas que reforçam essa percepção de que é o trabalhador que deveria se adaptar às condições disponíveis. As adaptações nos postos de trabalho, modificações na estrutura física e alterações no processo produtivo, acarretam em custos para os

capitalistas, o que encareceria o processo de produção e diminuiria o lucro, por isso, também, a contratação de lesionados não é interessante (Carvalho; Orso, 2014).

A questão da produtividade e do lucro são percepções frequentes entre os entrevistados. As limitações físicas são consideradas como incompatíveis às demandas dos empregadores no momento da contratação, sendo que as dificuldades motoras frequentemente são vistas como conflitantes com o desempenho do trabalho – mesmo para as vagas com maior demanda cognitiva. A percepção do nível de independência, que em geral é conquistada por volta de um ano após a lesão, a depender do caso, apesar de ser relatada na literatura como um facilitador para o retorno ao trabalho, pode também ter a ver com o fato de o sistema capitalista exigir trabalhadores em condições máximas de exploração – o que só seria possível com um alto nível de funcionalidade. Como citam Dutra *et al.* (2020, p. 156) os empregadores buscam por “uma deficiência que permita o normal desempenho das atividades”. O estudo não considerou os níveis de independência conforme as avaliações padronizadas indicadas para os quadros de lesão medular, mas sabe-se pela literatura científica que quanto maior o nível de independência maior seria a possibilidade de retorno ao trabalho.

A baixa escolaridade geral da amostra e a massiva participação no mercado informal anterior à lesão medular apontam para outros processos em um país com economia capitalista periférica, como o Brasil. Aqueles indivíduos com menor nível de educação formal, em geral, já se encontram subempregados e em condições máximas de exploração, devido à polarização no mercado de trabalho. A deficiência física após a lesão medular exacerba ainda mais tais situações. A escolaridade avançada, ainda que seja um dos preditores mais fortes da possibilidade de retorno ao trabalho conforme a literatura, não constitui uma garantia diante do desemprego estrutural e da busca por trabalhadores cujos corpos permitam a máxima exploração da força de trabalho. Retornar a um emprego difere de retornar ao trabalho, isto é, permitir o seu desempenho enquanto atividade fundamental para a produção da condição de humanidade e desenvolvimento máximo do ser humano. No modo de produção

capitalista, o trabalho assalariado tende a constituir, para o trabalhador, apenas um meio para a manutenção da sobrevivência e, para o capitalista, o meio de valorização do valor investido na produção das mercadorias.

Considerações finais

Os resultados do estudo demonstram, então, que o domínio estrutural determina a exclusão do trabalho formal dos indivíduos com lesão medular. Em uma sociedade capitalista, pautada na máxima exploração da força de trabalho, o objetivo é a recolocação do trabalhador novamente à disposição do mercado, disponibilizando força de trabalho a ser explorada ou a constituir o exército de reserva. Além disso, a amostra – além de restrita – acabou por se revelar bastante homogênea em relação à escolaridade e ocupações anteriores. A inclusão de participantes com diferentes níveis socioeconômicos e com graus de escolaridade mais avançados poderia ampliar a discussão sobre as dificuldades e possibilidades de retorno ao trabalho formal após a lesão medular.

Ainda que este não tenha sido o objeto do estudo, não é possível desconsiderar o fato de que os entrevistados eram, em sua maioria, trabalhadores informais antes da ocorrência da lesão medular. Tal percepção poderia iniciar uma nova discussão sobre a hipótese de que os trabalhadores que se encontram em situação de informalidade estão mais vulneráveis à ocorrência da lesão medular ou outros agravos à saúde, uma vez que as condições de trabalho diferem daquelas do mercado formal.

Para sobreviver em uma sociedade capitalista a maioria da população necessita estar inserida no processo produtivo, na condição de assalariado, vendendo a sua força de trabalho para garantir a sua sobrevivência. A parcela da população que não consegue se inserir nessas relações forma o exército industrial de reserva, que estará sempre à disposição do capital (Carvalho; Orso, 2014; Netto; Braz, 2012). Neste segmento estão as pessoas cuja capacidade para o trabalho é menor, sendo utilizadas de forma intermitente e em piores condições. As pessoas com alguma deficiência se encontram, na maioria das vezes, neste grupo. (Carvalho; Orso, 2014). O impacto

do capitalismo sobre as dinâmicas sociais faz com que, muitas vezes, as suas determinações passam despercebidas pelos indivíduos da classe trabalhadora, que assume para si – de forma singular – as limitações que são determinadas pelo modo de produção capitalista enquanto domínio estrutural. As necessidades do capital, que são as necessidades da classe dominante, exigem trabalhadores cada vez mais ágeis, adaptados e versáteis, o que, na maioria das vezes, exclui aqueles com alguma limitação ou incapacidade. A existência constante e cada vez maior de um exército industrial de reserva amplia as possibilidades de exigências dos capitalistas por trabalhadores com alta capacidade de trabalho, perpetuando a exclusão daqueles que não atendem a esses requisitos (Netto; Braz, 2012; Pereira, 2008).

O sistema capitalista, por sua própria organização, já é excludente. Considerando o seu objetivo de obtenção de lucro, não basta se qualificar para se manter empregado uma vez que o domínio estrutural determina a escassez de oportunidades de emprego e a luta dos trabalhadores em manter uma renda para garantir a sobrevivência (Carvalho; Orso, 2014; Pereira, 2008). Uma análise superficial para compreender esta situação cita fatores genéricos e individuais como responsáveis pela exclusão do trabalho das pessoas com deficiência – como aquelas com lesão medular, entre elas a existência de barreiras arquitetônicas, legislação insuficiente, baixa escolaridade e falta de qualificação profissional. No entanto, uma observação mais desenvolvida aponta que estes fatores são decorrentes da dimensão estrutural da sociedade em que vivemos, uma vez que é a estrutura capitalista que determina a prática excludente ao longo da história, inclusive na atualidade (Carvalho; Orso, 2014; Pereira, 2008).

Referências

- AMARAL, M. S.; CARCANHOLO, M. D. A superexploração do trabalho em economias periféricas dependentes. **Rev. Katal.**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 216-225, 2009.
- ATKINS, M. S. Lesões na medula espinhal. *In*: TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. 5. ed. São Paulo: Santos Editora, 2005. p. 965-999.
- ATRICE, M. B. *et al.* Lesão medular traumática. *In*: UMPHERD, D. A. **Reabilitação neurológica**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BRASIL. **Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm. Acesso em: 23 fev. 2021.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.
- BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1991.
- BREILH, J. Entrevista: Jaime Breilh. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 533-540, 2015.
- CALLIGA, M. C. N. S., PORTO, L. A. Que pessoas com paraplegia traumática voltam a trabalhar? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/que-pessoascomparaplegia-traumatica-voltam-a-trabalhar/16417?id=16417>. Acesso em: 03 jan. 2020.
- CAMPOS, M. F. *et al.* Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 88-93, 2008.

CARVALHO, A. R.; ORSO, P. J. As pessoas com deficiência e a lógica da organização do trabalho na sociedade capitalista. In: CARVALHO, A. R. (org.). **A pessoa com deficiência na sociedade contemporânea**: problematizando o debate. 2. ed. Cascavel: EDUNIOESTE, 2014. p. 107-125.

CLEMENTE, C. A. **Lei de cotas para o trabalho de pessoas com deficiência**: análise e fundamentação dos principais argumentos favoráveis e contrários ao seu cumprimento. Monografia (Bacharelado em Ciências do Trabalho) – Escola DIEESE de Ciências do Trabalho, São Paulo, 2015.

COTNER, B. A. *et al.* Facilitators and barriers to employment among veterans with spinal cord injury receiving 12 months of evidence-based supported employment services. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, USA, v. 21, n. 1, p. 20-30, 2015.

DUTRA, F. C. M. S. *et al.* Oportunidades no mercado de trabalho: análise das vagas de emprego disponíveis para pessoas com deficiência. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 147-163, 2020.

FRANCESCHINI, M. *et al.* Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM Study. **Spinal Cord**, USA, v. 50, 2012.

GOMIDE, D. O materialismo histórico-dialético como enfoque metodológico para a pesquisa sobre políticas educacionais. **Anais da VII JORNADA DO HISTEDBR / X Seminário de dezembro**. Campinas, 2014.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo da competência. In: FERRETI, C. J. *et al.* **Novas tecnologias, trabalho e educação**: um debate multidisciplinar. 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 128-136.

KENEDY, P.; HANSON, L. H. Return-to-work intentions during spinal cord injury rehabilitation: an audit of employment outcomes. **Spinal Cord**, USA, v. 54, 2016.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LIRA, P. V. R. A. *et al.* Trabalho e estranhamento: a determinação social da saúde em assentamentos. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2018.

MARTINS, L. M. As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico-dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. Trabalho apresentado na 29ª Reunião Anual da ANPED, **Anais...** 2006.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

PEREIRA, A. Pode existir inclusão de pessoas com deficiência no mundo do trabalho e da educação capitalista? **Revista Educação Especial**, Santa Maria, n. 32, p. 189-200, 2008.

PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a educação. **Interface**, Botucatu, v. 1, n. 1, 1997.

RAMAKRISHNAN, K. *et al.* Return to work after spinal cord injury: factors related to time to first job. **Spinal Cord**, USA, v. 49, p. 924-927, 2011.

SANTOS, J. C.; FREITAS, M. N. C. Reinserção profissional: o trabalho após a aquisição de uma deficiência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, 2018.

TEIXEIRA, B. M.; JUNIOR, E. P. L. Reflexos da reforma trabalhista na inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. **Revista do Programa de Pós-graduação em Direito da UFC**, Fortaleza, v. 39, n. 1, p. 277-294, 2019.

CAPÍTULO 9

MUSCULOSKELETAL FUNCTION AND INJURIES OF AMATEURS TRIATHLETES

**Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões, Ana
Carolina Brandt de Macedo,
Madeline Luiza Ferreira Pivovarsky,
Marcus Vinícius Di Crovador Cabral,
Audrin Said Wojciechowski, Marcos Vinicius Soares Martins,
Anna Raquel Silveira Gomes**

Introduction

Triathlon is an endurance sport consisting of 3 modalities: swimming, cycling, and running. It was created in the 1970s in California, United States and emerged in Brazil in 1981. There are four different distances in this sport, which are separated in Long and Short distances. The Short distances are divided into Triathlon or Olympic Triathlon (characterized by 1.5 km of swimming; 40 km of cycling; and 10 km of running) and Sprint Triathlon (characterized by 0.75 km of swimming; 20 km of cycling; and 5 km of running). The Long distances comprised of the Ironman (characterized by 3.8 km of swimming; 180 km of cycling; and 42 km of running) and Middle distance (2.5 km of swimming; 80 km of cycling; and 20 km of running) (Bentley *et al.*, 2002).

Due to the raised volume, biomechanical, physiological, and psychological demands, triathletes are exposed to a high risk of musculoskeletal injuries in training and competitions (BERTOLA *et al.*, 2014). In a study by Ongaratto and Toigo (2010), 73 amateur triathletes were evaluated in order to verify the prevalence of musculoskeletal injuries. Therein, they found 130 injuries, mostly in lower limbs due to run training and upper limbs during swim training. However, the study presented some limitations because the weekly routine of training, types of exercises, and trainings were not reported. These aspects are very important for injury prevention.

Furthermore, in a study by Bertola *et al.* (2014) with 190 triathletes, both genders, aged 18 years or older who participated at SESC Triathlon Caiobá 2011 competition, the majority were used to compete in the Short category. They found 145 musculoskeletal injuries, with 79% during training and 21% in competitions. The lower extremity was the most affected region, and muscle injury was more prevalent (54%), followed by tendon injuries (19%), ligament (17%), and bone (9%). The lesions occurred predominantly at cold days, and the main cause of the injuries was excessive physical exertion, as reported by 70% of the triathletes. However, frequency of training days per week was reported instead of requesting hours of training per week. Furthermore, it was not examined if the triathlete withdrew from the sports activity due to some injury, and it was

not questioned whether during the withdrawal or before returning to triathlon, the triathlete underwent some treatment or intervention to prevent recurrence or occurrence of new injuries. Thus, the authors suggested, for future studies, to analyze causes of injuries.

Dynamic models of sports injury etiology point to age, neuromuscular control, strength, and flexibility as intrinsic factors that predispose athletes to injuries. When they are associated to extrinsic risk factors (such as equipment, environment, etc.), the athlete becomes more susceptible to injury. Thus, it is necessary to identify the modifiable risk factors directly associated to each sport and athlete for injury prevention (Burns *et al.*, 2003). To better understand the pathological concept of overload, the negative feedback loop was developed. In this cycle, anatomical or physiological changes that are a result of an overload may lead to biomechanical changes. These changes, in turn, predispose athletes to anatomical alterations, which may appear as osteomioarticular imbalances in structures that are under tension during sports activities, increasing the risk of injury and recurrence (Bittencourt *et al.*, 2016). Thus, it is necessary to evaluate the triathlete's physical and functional condition to guide injury prevention.

Thus, the present study aimed to evaluate the musculoskeletal function of male amateurs triathletes and the history of injuries to establish correlations between physical-functional condition and previous injuries.

Materials and Methods

Study design

This is a cross-sectional study approved in 2nd October 2017 by the Ethics Research Committee from the Health Sciences Department, *Universidade Federal do Paraná*, number 2.308.666. Thirty-one male amateur triathletes, residents of Curitiba and metropolitan region, Paraná, Brazil, took part in the study. The research was developed at Prevention and Rehabilitation in Physiotherapy Department, Federal University of Parana, Curitiba, Paraná, Brazil, from October 2017 to August 2018. All participants signed the free and informed consent term.

Participants

Inclusion criteria were: male amateur triathlete aged between 20 and 59 years; regularly participating in triathlon competitions over the past year; and had not progressed in training within 48 hours prior to assessment to minimize muscle fatigue. Exclusion criteria were athletes who were affected by bone, ligament, meniscal, and tendinous injuries in the last 4 months that could prevent them from carrying out the proposed evaluations, or those who did not participate in any assessment. Pamphlets were delivered in championships or fixed at the University and social media to invite triathletes to take part in the study. The evaluations were carried out in just one day for one hour per triathlete.

Prevalence of injuries and training routine

In order to analyze the prevalence of triathletes' injuries, a semi-structured questionnaire adapted from Bertola *et al.* (2014) was used, which included questions related to training and injury aspects, to identify qualitatively and quantitatively the musculoskeletal injuries that triathletes had already presented during triathlon training and competitions. The following aspects were investigated: triathlon practice time; whether triathlete trained with or without a coach; training frequency; triathlon distance; prevalence and type of injuries both in training and in competition; body parts where injuries occurred; prevalence of injuries at warm or cold weather; etiology of injuries; signs and symptoms after injury; recurrence of injuries; if triathletes warmed up and cooled down as well as duration and type of exercise performed in both; whether they performed stretching exercises, before or after training or competition, by questioning the type and duration of stretching; and whether triathletes trained other sports, asking about type, frequency, and duration. We also analyzed whether triathletes reported pain at injured region, its intensity and musculoskeletal type.

To analyze the history of injury, we considered a musculoskeletal injury suffered since beginning to practice triathlon that met the following criteria: (1) injury occurred in a triathlon training or

competition and (2) injury required medical attention but not necessarily resulted in restriction of athlete's participation or performance (Chorba *et al.*, 2010). Moreover, we queried about other injuries not related to triathlon practice or competitions. The questionnaire was applied through an interview by a single evaluator. Data on height and body mass were reported by triathletes, then the body mass index (BMI) was calculated (body mass divided by the height value squared).

Range of motion

A fleximeter (Sanny[®], American Medical do Brasil Ltda, São Bernardo do Campo, São Paulo, Brazil) was used to measure range of motion (ROM) (Gouveia *et al.*, 2014). A low-cost instrument commonly used in research and presents acceptable reliability (Silva *et al.*, 2018). The movements evaluated were shoulder abduction; flexion; extension; internal and external rotation; hip internal and external rotation; flexion with extended knee and extension; knee flexion; ankle plantarflexion; dorsiflexion; eversion; and inversion. The ROM was measured according to the manufacturer's manual (Sanny[®]) of fleximeter (Monteiro, 2005), assessed by a single evaluator considering reference values based on Boone and Azen (1979), Mckay *et al.* (2017); and Carregaro *et al.* (2007).

Handgrip strength

The handgrip strength (HGS) was assessed with a hydraulic dynamometer (Saehan Corporation, 973, Yangdeok-Dong, Masan 630-728, Korea). The reference values for HGS were according to Mathiowetz *et al.* (1985).

Functional Movement Screen (FMS)

The Functional Movement Screen (FMS; Sanny[®] model FMS-1010, American Medical do Brasil Ltda, São Bernardo do Campo, São Paulo, Brazil) was used to evaluate risk of injury (Teyhen *et al.*, 2012). The FMS was carried out by a single evaluator, previously trained, and the following tests were performed according to Teyhen *et al.* (2012): “Deep Squat”; “Hurdle Step”, “In Line Lunge”,

“Shoulder Mobility”, “Active Straight Leg Raise”, “Trunk Stability Push-up”, and “Rotary Stability”. In addition, the FMS can be used to identify possible dysfunctions, asymmetries, and postural imbalance that may predict musculoskeletal injuries.

The FMS score could range from 0 to 3 for each movement, based on the quality of movement, with 3 being the maximum score. A score of 2 indicated a participant with some compensation or was unable to complete the total movement. A score of 1 was given if triathlete was unable to remain the position throughout the movement, lost balance during the test, or did not meet the minimum criteria to score 2. Pain during any of the FMS component tests indicated a score of 0. All participants were allowed to perform each component test up to 3 times, and the maximal score achieved was recorded. At the end, the scores of each movement were summed, resulting in a final score between 0 and 21 points, with 21 being the maximum score (Teyhen *et al.*, 2012). The cutoff point of less than or equal to 14 suggests a higher risk of injury (Cook *et al.*, 2014)], and only the score of the side (right or left) that presented worse performance was considered, according to Teyhen *et al.* (2012). The other movements were evaluated with non-distinction of laterality (NDL).

Statistical analysis

The power of the sample ($n=31$ triathletes) was calculated using the G*Power 3.1.3 program, considering the following criteria: effect size of 0.50 and error α of 0.05, resulting in power ($1-\beta$) of 0.84. The results are presented in descriptive statistics as mean, standard deviation, median (minimum–maximum), and absolute and relative frequencies, according to the nature of the variable.

The intraclass correlation coefficients' (ICC) intra-rater was calculated for ROM, HGS, and FMS. A value < 0.74 was considered poor to moderate reliability; from 0.75 to 0.89 good reliability, and > 0.90 excellent reliability (Koo; Li, 2016). The intra-rater ICC obtained for each ROM ranged from 0.752 to 0.979; for right and left HGS was 0.979 and 0.920, respectively; and for FMS was 0.890.

To compare the ROM values between right and left limb, the paired student t-test was calculated using the Excel® program. Normality was examined through Shapiro-Wilk test, and data with a normal distribution ($p>0.05$) were considered parametric, while non-normal distribution were analyzed as non-parametric.

The Pearson's test was used to verify the correlation between parametric variables and the Spearman test for non-parametric variables. The following criteria were adopted: poor correlation (0.0–0.3); moderate correlation (0.3–0.6); and strong correlation (>0.6). Linear (simple or multiple) and logistic regression tests were used if the variables presented moderate or high and significant correlation, in order to verify how much one outcome would explain the other.

Data collected were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) version 22. The significance level was set at $p<0.05$.

Results

Participants

We evaluated 32 amateurs triathletes, but one was excluded because the athlete lived outside of Curitiba and metropolitan areas. Therefore, the final sample consisted of 31 male triathletes residing in Curitiba and metropolitan region. The characterization of the sample is described in Table 1. All variables collected with semi-structured questionnaire, HGS, and ROM were considered parametric, while anthropometric data and FMS scores were non-parametric.

Table 1 - Antropometric measurements of Triathletes

Age (years)	38.38±10.67 (38; 20 - 59)
Height (meters)	1.76±0.06 (1.75; 1.63 - 1.92)
Body mass (Kg)	77.98±10.62 (79; 60 - 118)
BMI (Kg/m ²)	25.10±3.23 (24.50; 20.51 - 38.09)
BMI Classification WHO (World Health Organization) [37]	
Underweight (< 18.5 Kg/h ² ; WHO)	n=0 (0%)

Normal weight (> 18.5 - 24.9 Kg/h ² ; WHO)	n=16 (51.6%)
Overweight (≥ 25 - 29.9 Kg/h ² ; WHO)	n=14 (45.2%)
Obese (> 30 Kg/h ² ; WHO)	n=1 (3.20%)

The values are described as average \pm standard deviation (median; minimum–maximum); absolute frequency (number) and relative frequency (percentage). H, height; BMI, body mass index; m, meters; Kg, kilogram.
Os Autores, Curitiba/PR, 2017-2018.

Prevalence and characteristics of injuries

The results obtained through the questionnaire showed a prevalence of 84% (n= 26) triathletes who reported injuries.

The data presented below show the distribution of lesions by region (upper limb and lower limb) and etiology. Among upper limb injuries, the shoulder is the most injured region, representing 20% (n=14) of all injuries, followed by the trunk with 2% (n=2). In the lower limbs, the knee is the most injured area, comprising 23% (n=16) of all injuries. Muscle injuries are the most frequent both in the upper limbs (38%, n=26) and in the lower limbs (28%, n=19), followed by tendon or ligament injuries with 27% (n=19) in total.

Table 2 presents the moment in the triathlon when, and whether in training or in competitions, the injuries occurred (swimming, cycling or running). The time when each triathlete was withdrawn was found to be 19% (n=5) for 1 week; 11% (n=3) for 2 weeks; 31% (n=8) for 3 weeks; 19% (n=5) for 1 month; 15% (n=4) for 2 months; 31% (n=8) for 3–6 months, and 11% (n=3) for more than 6 months.

Concerning the number of injuries, 77% (n=20) were injured once; 31% (n=8) twice; 15% (n=4) three times; and 23% (n=6) more than four times. Furthermore, 55% (n=17) of the triathletes reported to have taken steps to avoid new injuries, and they confirmed to return for training and competitions. Regarding treatment of injuries, 47% (n=15) of triathletes underwent treatment. Among them, 60% (n=9) performed stretching; 100% (n=15) performed strengthening; 73% (n=11) underwent physiotherapeutic treatment by electric current; 60% (n=9) seek other physiotherapeutic

resources; 80% (n=12) used anti-inflammatories; 87% (n=13) used analgesics; 47% (n=7) used muscle relaxants; and 27% (n=4) were submitted to surgical treatment. Some triathletes, 26% (n=8), reported lesions occurring more frequently in cold days, while 11% (n=3) claimed hot days. Others, 58% (n=15), stated that the climatic conditions did not interfere. Concerning signs and symptoms related to injuries, 15% (n=4) reported cramping; 23% (n=7) flushing; 39% (n=12) swelling; 39% (n=12) heat; 52% (n=16) pain; and 65% (n=20) sensation of “pinching”.

Table 2 - Injury occurrence of Triathletes

Questions	Mean \pm standard deviation (median; minimum - maximum)	Absolute Frequency (n)	Relative Frequency (%)
Injuries during cycling training	0.115 \pm 0.313 (0;0-1)	3	11%
Injuries during swimming training	0.192 \pm 0.386 (0;0-1)	5	19%
Injuries during running training	0.615 \pm 0.477 (0;0-1)	16	62%
Injuries during cycling competition	0.038 \pm 0.188 (0;0-1)	1	4%
Injuries during swimming competition	0	0	0
Injuries during running competition	0.307 \pm 0.452 (0;0-1)	8	31%
Other*	0.947 \pm 0.217 (0;0-1)	18	69%

The values are described average \pm standard deviation (median; minimum-maximum); absolute frequency (number) and relative frequency (percentage). *”Other” refers to injuries that are not specifically related to any type of training or competition listed. These injuries may include accidents or injuries that occurred outside of the training or competition sessions, such as injuries during daily activities or unrelated to the triathlon sport.
Os autores, Curitiba/PR, 2017-2018.

Training routine

The results obtained through the semi-structured questionnaire indicated that 12% (n=4) trained for less than 1 year; 6% (n=2) for at least 1 year; 28% (n=9) between 2 and 3 years; 16% (n=5) between 4 and 6 years; 16% (n=5) between 7 and 10 years; and 22% (n=7) for more than 10 years. Regarding coaching, 32% (n=10) trained without a coach; 3% (n=1) eventually with a supervision, and 64% (n=20) always with a coach.

About the total hours of training per week, 26% (n=8) trained between 5 and 10 hours a week; 48% (n=16) between 10 and 15 hours per week; and 26% (n=8) between 20 and 30 hours of training per week. For weekly duration spent on running, 16% (n=5) performed up to 2 hours of training per week; 41% (n=13) from 2 to 4 hours; 32% (n=10) from 4 to 6 hours; and 11% (n=4) more than 6 hours of running per week. Regarding total cycling hours per week, 29% (n=9) cycled less than 5 hours; 60% (n=19) between 5 to 10 hours; and 11% (n=4) more than 10 hours. For the total number of hours on swim training in the week, 16% (n=5) spent 1 to 2 hours swimming; 32% (n=10) between 2 and 3 hours; and 52% (n=16) more than 3 hours.

Regarding triathlon modalities, 84% (n=26) performed Short triathlon; 61% (n=19) Olympic triathlon; 26% (n=8) half-ironman; and 29% (n=9) iron-man. In relation to injuries on transitions, 8% (n=2) reported having already been injured, with 4% (n=1) between swimming and cycling and 4% (n=1) between cycling and running. On other types of sports or exercises, 74% (n=23) practiced another sport, wherein 68% (n=28) did strength training at gyms; 16% (n=5) functional training; 4% (n=1) canoeing; 4% (n=1) CrossFit, and 8% (n=2) soccer. For the weekly frequency of other sport training, 66% (n= 21) performed 1 to 3 times a week, 4% (n=1) 3 to 5 times, and 4% (n=1) 5 to 7 times. Sixteen percent (n= 5) suffered injury resulting from these other modalities.

The results of the training and competition routine, such as warm-up, cool down, and stretching, demonstrate that 59% (n=20) of triathletes warm up during training, while 54% (n=17) do so during competitions. Warm-up is primarily done through running 100% in training (n=20), 71% (n=12) in competitions, followed by swimming and cycling. The warm-up time varies, with 10 to 15 minutes being the most common during training, where 85% (n=17) of triathletes perform this through running, 90% (n=18) cycling and 70% (n=14) through swimming. The 10 to 15 minutes' warm-up time through swimming 71% (n=12) was predominant during competitions, followed by 15 to 20 minutes' warm-up with cycling 53% (9) and running 41% (7) consecutively.

However, regarding cool down, 45% of triathletes cool down during training, while only 23% do so during competitions. Running is the most common activity for cool down (71% during training, 57% during competitions), followed by cycling and swimming.

Stretching is implemented before training or competitions by 55% of triathletes. After training, 35% do stretching, while only 3% do so after competitions.

We verified that training between 20 to 30 hours, short triathlon distance, pre-training warm-up, and cooling down after training were associated with musculoskeletal injuries in upper limbs (Table 3). Moreover, for each increase in standard deviation related to the number of participation in competitions at the Olympic triathlon modality, the chance of lower limb injuries reduces by 19% ($p=0.041$) (Table 5).

Table 3 - Binary- Logistic Regression between Lower/Upper Limbs Injuries and training or modalities variables of Triathlon

UPPER LIMB							
Variables	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp(B) Lower	95% C.I for Exp (B) Upper
Training Hours Between 20 and 30 hours	-2.069	0.914	5.121	1	0.024*	0.126	0.021 0.758
Modality Short Triathlon	2.079	1.000	4.324	1	0.038*	8.000	1.127 56.793
Warming up Before training	-2.262	1.144	3.910	1	0.048*	0.104	0.011 0.980
Cooling down After training	-2.015	0.923	4.763	1	0.029*	0.133	0.022 0.814
LOWER EXTREMITY							
Variables	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp (B) Lower	95% C.I for Exp (B) Upper
Modality Olimpic Triathlon	-1.658	0.812	4.169	1	0.041*	0.190	0.039 0.936

*Statistically significant ($p<0.05$). B, Equation coefficient; S.E, Standard error coefficient; Wald, informs if constant contribution is significant in the model; df, degree of freedom; Sig, p value associated with Wald statistics; Exp (B), chance of outcome occurring. C.I., Confidence Interval.

Os autores, Curitiba/PR, 2017-2018.

Range of motion

The range of motion results and reference values are shown in Table 4. Only the right plantarflexion range of motion was below to the reference value, while ankle eversion was increased. Regarding the difference between right and left limbs of the same individual, a significant difference was found in the movements of shoulder extension ($p=0.008$); internal hip rotation ($p=0.001$); dorsiflexion ($p=0.006$) and plantarflexion ($p=0.0001$) of the ankle (Table 5). It was found that injuries contributed in 17.8% ($p=0.018$) and in 15.2% ($p=0.030$) of the ROM variation of right plantarflexion and left inversion of the ankle, respectively.

We found moderate and significant correlations between ROM and some FMS movements, allowing regression analysis. The regression analysis show that “*Trunk Stability Push-up*” can be explained in 17% by left shoulder extension movement ($r=-0.415$; $p=0.020$) and 21% by left ankle inversion ($r=0.564$; $p=0.001$). The “*Active Straight Leg Raise*” can be explained in 8.6% by the left plantarflexion ($r=0.358$; $p=0.048$); 12% by right hip rotation ($r=0.375$; $p=0.038$); 26% by right hip flexion ($r=0.412$; $p=0.021$), and 28% by left hip flexion ($r=0.400$; $p=0.026$). The “*Rotary Stability*” test can be explained in 14% by left plantarflexion movement ($r=0.380$; $p=0.035$), 18% by right plantarflexion ($r=0.462$; $p=0.009$) and left ankle inversion ($r=0.374$; $p=0.185$), 11% by left ankle eversion ($r=0.359$; $p=0.047$), and 23% by right hip internal rotation ($r=0.463$; $p=0.009$). The “*Deep Squat*” can be explained in 9.7% by left dorsiflexion movement ($r=0.387$; $p=0.031$).

Table 4 - Range of motion (ROM) of triathletes

Movement	Limb	ROM (degrees)	Paired Student T Test	Reference value	Classification
Shoulder Abduction	Right	179.98 ± 18.61 (183.16; 118.33–203.33)	p=0.569	184° ± 7° ¹	Below mean value but within SD
	Left	181.37 ± 13.77 (181.33; 150.67–203.67)			

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Shoulder Flexion	Right	169.96 ± 16.03 (175.16; 93.33–183.00)	p=0.759	167° ± 5 ¹	Adequate
	Left	170.42 ± 7.18 (169.83; 153.67–182.67)			
Shoulder Extension	Right	53.59 ± 9.05 (52.33; 34.67–72.00)	p=0.008*	62° ± 9 ¹	Below mean value but within SD
	Left	56.50 ± 10.13 (55.33; 35.67–75.67)			
Shoulder Internal Rotation	Right	81.30 ± 10.28 (81.16; 52.00–95.67)	p= 0.673	58° ± 12 ²	Adequate
	Left	81.88 ± 10.97 (86.16; 59.00–95.67)			
Shoulder External Rotation	Right	81.45 ± 14.91 (85.66; 42.00–104.00)	p=0.053	83.0° ± 13.2 ²	Below mean value but within SD
	Left	77.51 ± 13.90 (80.00; 45.33–96.67)			
Hip Flexion	Right	75.21 ± 9.00 (75.16; 55.67–89.33)	p=0.130	65° ³	Adequate
	Left	73.48 ± 9.85 (73.83; 53.00–93.33)			
Hip Extension	Right	21.26 ± 4.97 (21.00; 11.33–36.67)	p=0.486	12.1° ± 5.4 ¹	Adequate
	Left	21.64 ± 4.70 (14.33–38.00)			
Hip Internal Rotation	Right	37.32 ± 8.80 (37.00; 23.67 – 57.33)	p=0.001*	36.0° ± 7.9 ²	Right adequate. Left below mean value but within SD
	Left	32.88 ± 6.12 (32.83; 23.00 – 51.67)			
Hip External Rotation	Right	35.59 ± 6.73 (35.16; 22.33–51.67)	p=0.915	30.0° ± 8.3 ²	Adequate
	Left	35.91 ± 6.93 (37.83; 21.33–50.00)			
Knee Flexion	Right	128.82 ± 7.50 (128.00; 115.33–145.00)	p=7.295	136.0° ± 6.1 ¹	Below mean value but within SD
	Left	133.02 ± 7.91 (132.83; 112.00–151.00)			
Dorsiflexion	Right	35.41 ± 8.66 (33.16; 19.67–50.00)	p=0.006*	32.0° ± 6.1 ²	Right adequate. Left below mean value but within SD
	Left	31.90 ± 7.30 (30.83; 17.33–48.33)			
Plantarflexion	Right	36.98 ± 9.53 (34.66; 25.00–61.67)	p=0.0001*	56.0° ± 7.5 ²	Right below mean value and SD. Left below mean value but within SD
	Left	41.85 ± 9.59 (41.85; 23.67–64.33)			
Inversion	Right	26.26 ± 9.35 (26.66; 10.67–49.00)	p=0.142	36.2° ± 4.2 ¹	Adequate
	Left	24.91 ± 7.99 (24.66; 10.33–43.33)			

Eversion	Right	30.12 ± 9.70 (30.33; 13.33–51.67)	p=0.536	19.2° ± 4.9° ¹	Superior to mean value
	Left	31.03 ± 10.90 (30.50; 14.33–54.67)			

The ROM values are described as average ± standard deviation (median; minimum–maximum). SD, standard deviation. *statistically significant when compared to the individual’s own contralateral limb (p<0.005). ¹, Bone & Azen, 1979; ², Mckay *et al.*, 2017; ³, Carregaro *et al.*, 20071.

Os autores, Curitiba/PR, 2017-2018.

Table 5 - Functional Movement Screen (FMS) Triathlete’s Scores

Movement	Laterality	Score
Deep Squat	NDL	2.09±0.85 (2; 0 - 3)
	Right	2.93±0.24 (3; 2 - 3)
Hurdle Step	Left	2.87±0.33 (3; 2 - 3)
	Right	2.80±0.59 (3; 0 - 3)
Inline Lunge	Left	2.93±0.24 (3; 2 - 3)
	Right	2.19±1.22 (3; 0 - 3)
Shoulder Mobility	Left	2.22±1.23 (3; 0 - 3)
	Right	2.41±0.75 (3; 0 - 3)
Active Straight-leg Raise	Left	2.41±0.75 (3; 0 - 3)
	NDL	2.22±0.97 (3; 0 - 3)
Trunk Stability Push-up	Right	2.48±0.56 (3; 1 - 3)
	Left	2.45±0.55 (2; 1 - 3)

FMS total score: 16.61±2.33 (17; 11 - 21)

Score ≤14 (n=5; 16%)

Score > 14 (n=26; 84%)

NDL, Non Distinction of Laterality. The values are described as average ± standard deviation (median; minimum – maximum). N, number (absolute frequency); %, relative frequency.

Os autores, Curitiba/PR, 2017-2018.

Handgrip strength

Only the age group from 20- to 24-years-old was considered inadequate according to the minimum value expected for gender, age, and laterality. However, all age groups showed HGS below the mean reference values according to gender, limb, and age group.

The results of the handgrip strength assessment, according to age group and described as mean \pm standard deviation (median; minimum–maximum), in Kg, are: Age group (years) 20–24 (n=2; 6.4%), right 40 ± 4 (40; 35–44) and left 37 ± 4 (37; 33–41); Age group 25–29 (n=8; 25.8%), right 44 ± 6 (44; 33–51) and left 37 ± 4 (37; 33–41); Age group 30–34 (n=5; 16.1%), right 42 ± 9 (40; 28–52) and left 46 ± 5 (46; 37–54); Age group 35–39 (n=1; 3.2%), right 45 ± 0 (45; 45–45) and left 39 ± 0 (39; 39–39); Age group 40–44 (n=2; 6.4%), right 45 ± 0 (45; 45–45) and left 44 ± 3 (44; 41–47); Age group 45–49 (n=8; 25.8%), right 42 ± 5 (42; 34–50) and left 40 ± 4 (41; 33–46); Age group 50–54 (n=4; 12.9%), right 42 ± 12 (39; 29–62) and left 44 ± 12 (39; 33–63) and, Age group 55–59 (n=1; 3.2%) right 33 ± 0 (33; 33–33) and left 26 ± 0 (26; 26–26).

We observed that 90.32% (n=28) of the subjects were right-handed and 9.68% (n=3) were left-handed. The mean HGS on the right and left hand was 42.58 ± 7.35 kg and 41.39 ± 6.81 kg, respectively, according to the mean age of the sample assessed. There was no correlation between HGS and musculoskeletal injuries, body mass, stature, ROM, BMI, or FMS results. However, there was a strong correlation between right and left HGS ($r=0.713$; $p=0.00$).

Functional Movement Screen

The FMS results are expressed in Table 5, with a distinction of laterality. The FMS total score showed that triathletes presented good functional movement, but with compensations. The same is presented when the movements were analyzed separately.

Some movements presented correlation with the FMS total score as follow: $r=0.482$, $p=0.006$ for “Shoulder Mobility”; $r=0.554$, $p=0.001$ for “Active Straight Leg Raise”; $r=0.391$, $p=0.030$ for “Trunk

Stability Push-up”; and $r=0.405$, $p=0.024$ for “*Rotary Stability*”. The regression revealed that total FMS score can be explained in 21.7% ($p=0.001$) by the “*Shoulder Mobility*”; 19% ($p=0.010$) by “*Active Straight Leg Raise*”; 28.5% ($p=0.002$) by “*Trunk Stability Push-up*”, and 20.1% ($p=0.011$) by “*Rotary Stability*”.

The “*Trunk Stability Push-up*” movement presented a moderate correlation with total injuries in lower limbs ($r=0.479$; $p=0.006$). When the specific injuries of the right lower limb were considered, there was correlation with left “*Rotary Stability*” movement ($r=0.373$; $p=0.039$). Additionally, a correlation between left upper limb injuries and right ($r=0.368$; $p=0.042$) and left ($r=0.391$; $p=0.030$) “*Rotary Stability*” movement was also found.

Discussion

The present study showed a high prevalence of musculoskeletal injuries in amateurs triathletes, located topographically in lower limbs and affecting mainly the knee region, followed by the anterior region of the leg and ankle during running training. The musculoskeletal lesions in the upper limbs were, for the most part, located topographically on the shoulders. The findings of the present study are in line with other studies, which also reported a high prevalence of musculoskeletal injuries in lower limbs that occurred during running or cycling training [Bertola *et al.*, 2014; Ongaratto; Toigo, 2010].

We observed that the majority (64%) of the evaluated triathletes trained under supervision of a specialized professional, which differs from the findings of Bertola *et al.* (2014) where they reported that most of the them trained without guidance of a coach, showing a total of 145 injuries among 190 triathletes. This fact may have contributed to the number found by the authors, because a specialized professional is able to plan adequately and individually the exercises for each athlete and may favor the reduction of risk of lesions.

The majority of triathletes expended between 10 to 15 hours per week of training. Concerning the weekly training time, in a

prospective study with 131 triathletes, reported at least one overuse injury per athlete during a season of ten weeks of triathlon competition. In the pre-season, i.e., before competition period, the risk of musculoskeletal injuries increased to 2.5 times for every 1,000 hours of training and during the competition period, this value increased to 4.6 times (Burns *et al.*, 2003). In addition, these authors also indicated that incidence of injuries was extremely high when compared to the number of hours of weekly training by triathletes.

In the current study, the majority of triathletes trained from 2 to 4 hours per week of running, as also observed by Junior *et al.* (2011). The authors analyzed the time of running trainings of 200 athletes and verified that the athletes expended 4 hours per week. Thus, it can be supposed that a large number of hours spent on running trainings is related to lower limbs injuries due to high weekly volume of training.

A study stated the prevalence of musculoskeletal injuries in amateur triathletes, federated in the state of Rio Grande do Sul (Brazil), in each modality (swimming; cycling; and running) as well as the anatomical site with the highest prevalence of injuries (Ongaratto; Toigo, 2010). Therein, the highest was in the lower limbs, being more affected during running and cycling, while upper limbs injuries were more common throughout swimming. Thus, the present study corroborates with this research, demonstrating that the majority of musculoskeletal lesions are topography in the lower limbs, resulting mainly from running trainings.

It has been reported that approximately 72% of triathletes had injuries during the training period because of extremely strenuous, tiring, and high biomechanical requirement. Triathletes who performed higher mileage during pre-season periods, i.e., for each extra hour held in pre-season training per week, had an increased risk of injuries in the competition season by 12%. Likewise, those triathletes who reported musculoskeletal injuries during pre-season periods presented a 2.5-fold higher risk of injuries during the competition season (Burns *et al.*, 2003).

Most triathletes in the present study stated that climatic conditions did not interfere with the prevalence of injuries, unlike the findings of Bertola *et al.* (2014) in which the majority of triathletes had a higher rate of injuries on cold days.

In addition, half of the triathletes were submitted to some type of treatment after musculoskeletal injuries, like muscle strengthening exercises performed by all individuals who underwent treatment. This outcome agrees with the study carried out by Barroso and Thiele (2011) in which the authors suggested that muscular strengthening helps to reduce injuries in athletes and also favor an early return to sport. More than half of triathletes in the present study warmed up before training by running or cycling, which is preferred by all. The topic “Warm-up before training” indicated that triathletes who warmed up before training showed a lower probability of musculoskeletal injuries when compared to individuals who did not perform the warm-up.

More than half of the individuals evaluated in this study used to stretch before training. However, Shrier and Gossal (2000) stated that stretching before exercise does not prevent acute or overuse injuries.-

A reduction in range of motion was found only for ankle plantar flexion. In a study by Chandler *et al.* (1993) it was pointed out that misfits of runners in terms of posterior strength of the calf and range of motion of the ankle can lead to changes in the biomechanics of the foot, which can lead to injuries.

In our study, a significant difference among lateral ROM in shoulder extension; internal hip rotation; dorsiflexion; and plantarflexion were found. Barnes *et al.* (2001) evaluated the effects of arm dominance on shoulder range of motion and showed a decline with age according to arm dominance. Dominant arms displayed significantly greater external rotation than non-dominant; however, non-dominant shoulders demonstrated significantly greater internal rotation and extension.

It was found that injury might have contributed to the variation of the ROM of right plantarflexion and left eversion, being equivalent to Bahr and Holme (2003) exposure that “a previous injury can also lead to reduced ROM”.

In addition, there was no significant relationship between previous lesions and the other movements ROM. In a systematic review and meta-analysis, the authors also found no association between shoulder range of motion and shoulder or elbow injuries (Keller *et al.*, 2018). Other studies pointed to no correlation between ROM and injuries (Oyama *et al.*, 2017). Contradictory, a systematic review reported that maximal hip ROM is the most consistently related factor of groin pain in athletes (Tak *et al.*, 2017). However, they pointed out that screening is unlikely to correctly identify an athlete at risk of groin pain due to small differences in range of motion and poor measurement properties.

Besides, the correlation between injuries and right plantarflexion and left eversion ROM can be justified by appropriate ROM of the triathletes except for the right plantarflexion. Studies indicate that reduction of range of motion may be related to injuries (Oyama *et al.*, 2017; Tak *et al.*, 2017). Therefore, we can infer that triathletes who have a lower ROM because of injury can be predispose to have an injury recurrence.

We found a relationship between range of motion and FMS specific tests (“*Deep Squat*” and “*Straight Leg Raise*”), i.e. not the total FMS score. Chimera *et al.* (2017) examined whether active lower extremity ROM measurements and core functional tests predict FMS performance. They found that reduction in ankle dorsiflexion bilaterally was associated with a low score of FMS “*Deep Squat*” test. In addition, they observed a relationship between hip flexion and the “*Straight Leg Raise*” test. According to the authors, risk of injuries can be affected by reduction in lower limbs ROM since it indicates lower performance in FMS test. In addition, low FMS performance can be considered as a possible indicator for ROM deficits.

In the present study, the triathletes showed HGS below the average, but in accordance with the minimum values required for gender, age and laterality assessed. In a study by Garrido *et al.* (2012) with male professional swimmers (21.8 ± 2.33 years old) from Portugal, the mean HGS found was 51.96 ± 5.85 kgs in the dominant hand and 48.19 ± 7.70 kgf in the hand non-dominant, higher values compared to that found in our study.

There was no correlation between total FMS score and injuries. In a study with soccer players, the incidence of injuries between 2010 and 2014 was investigated, and no significant correlation was detected between FMS score and lower limb injuries (Svensson *et al.*, 2018). In contrast, in a systematic review with meta-analysis, the authors observed excellent intra- and inter-rater reliability, indicating that participants with scores ≤ 14 had higher probability of an injury compared to those with higher total score, demonstrating the injury predictive value of the FMS (Bonazza *et al.*, 2017).

Although there was no correlation between the FMS total score and lesions in the present study, when the FMS movements were analyzed separately movement presented moderate correlation with lower limb's total lesions. These results indicate that FMS movement scores might demonstrate a higher correlation with injuries compared to overall.

The present study presents some limitations as a cross-sectional study due to not analyzing the cause-effect relationship; bias in relation to previous self-reported lesions; and use of manual grip dynamometer instead of isokinetic dynamometry, which could allow the evaluation of different muscle groups of upper and lower limbs. Besides, the muscle fascicle length was not evaluated with ultrasound to enable measuring fascicle length in relation to ROM. Furthermore, the range of motion of hip flexion could have also been assessed with knee flexion to corroborate with most part of the studies; instead, it was measured with knee extension to establish a correlation with FMS assessment. In addition, swimming, cycling, and running tests were not carried out in order to investigate the performance of triathletes. Also, we did not assess whether

triathletes wore any safety equipment. Finally, some variables such as foot; footprint; footwear; race; body composition; and sports history of the athlete, i. e. recreational or professional level of the triathletes, were not evaluated. Future researches should consider performing a prospective study to better understand and predict injuries. For triathletes performing on a high level, methods that are more sophisticated should be used to assess them to investigate the relationship among physiological, biomechanical, physical, functional, performance and musculoskeletal injuries.

Conclusions

Triathletes showed a high prevalence of injuries, especially in lower limbs during run training and competitions. The injuries were associated to alterations on right plantarflexion and left eversion ROM. The FMS movements “*Trunk Stability Push-up*” and “*Rotary Stability*” might partly explain lower limb injuries.

Author Contributions: Conceptualization, Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões, Madeline Luiza Ferreira Pivovarsky, Ana Carolina Brandt de Macedo, Marcus Vinícius Di Crovador Cabral, Marcos Vinícius Soares Martins and Anna Raquel Silveira Gomes; Data curation, Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões, Madeline Luiza Ferreira Pivovarsky and Marcus Vinícius Di Crovador Cabral; Formal analysis, Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões, Madeline Luiza Ferreira Pivovarsky, Ana Carolina Brandt de Macedo, Marcus Vinícius Di Crovador Cabral, Audrin Said Wojciechowski and Anna Raquel Silveira Gomes; Investigation, Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões, Madeline Luiza Ferreira Pivovarsky, Marcus Vinícius Di Crovador Cabral and Audrin Said Wojciechowski; Methodology, Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões, Madeline Luiza Ferreira Pivovarsky, Ana Carolina Brandt de Macedo, Marcus Vinícius Di Crovador Cabral and Anna Raquel Silveira Gomes; Project administration, Anna Raquel Silveira Gomes; Resources, Ana Carolina Brandt de Macedo and Anna Raquel Silveira Gomes; Supervision, Ana Carolina Brandt de Macedo and Anna Raquel Silveira Gomes; Writing – original draft, Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões, Madeline Luiza Ferreira Pivovarsky, Ana Carolina Brandt de Macedo, Marcus Vinícius

Di Crovador Cabral, Audrin Said Wojciechowski, Marcos Vinícius Soares Martins and Anna Raquel Silveira Gomes; Writing – review & editing, Bruna Fabiana Pinto Moraes Cardozo Simões, Madeline Luiza Ferreira Pivovarsky, Ana Carolina Brandt de Macedo, Marcus Vinícius Di Crovador Cabral, Audrin Said Wojciechowski, Marcos Vinícius Soares Martins and Anna Raquel Silveira Gomes.

Funding: This research received no external funding.

Acknowledgments: This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES)- finance code 001. This work was supported by the CNPq (A.R.S. Gomes was a recipient of a productivity fellowship from the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq (Process number 306179/2016-4). The authors are thankful to Erika de Souza dos Santos for providing technical assistance for Functional Movement Screen (FMS) assessments. Also, the authors are thankful to Federação Paranaense de Triathlon for helping to publicize the study.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

- BAHR, R.; HOLME, I. Risk factors for sports injuries - a methodological approach. **British Journal of Sports Medicine**, v. 37, n. 5, p. 384-392, 2003.
- BARNES, C. J.; VAN STEYN, S. J.; FISCHER, R. A. The effects of age, sex, and shoulder dominance on range of motion of the shoulder. **Journal of Shoulder and Elbow Surgery**, v. 10, n. 3, p. 242-246, 2001.
- BARROSO, G. C.; THIELE, E. S. Lesão muscular nos atletas. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 46, n. 4, p. 354-358, 2011.
- BENTLEY, D. J.; MILLET, G. P.; VLECK, V. E.; MCNAUGHTON, L. R. Specific aspects of contemporary triathlon. **Sports Medicine**, v. 32, n. 6, p. 345-359, 2002.
- BERTOLA, I. P. *et al.* Perfil da prevalência de lesões em atletas participantes do SESC TRIATHLON Caioba-2011. **Acta ortopédica brasileira**, v. 22, n. 4, p. 191-196, 2014.
- BITTENCOURT, N. F. N. *et al.* Complex systems approach for sports injuries: moving from risk factor identification to injury pattern recognition - narrative review and new concept. **British Journal of Sports Medicine**, v. 50, n. 21, p. 1309-1314, 2016.
- BONAZZA, N. A.; SMUIN, D.; ONKS, C. A.; SILVIS, M. L.; DHAWAN, A. Reliability, validity, and injury predictive value of the functional movement screen: a systematic review and meta-analysis. **The American Journal of Sports Medicine**, v. 45, n. 3, p. 725-732, 2017.
- BOONE, D. C.; AZEN, S. P. Normal range of motion of joints in male subjects. **The Journal of Bone & Joint Surgery**, v. 61, n. 5, p. 756-759, 1979.
- BURNS, J.; KEENAN, A. M.; REDMOND, A. C. Factors associated with triathlon-related overuse injuries. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v. 33, n. 4, p. 177-184, 2003.

CARREGARO, R. L.; SILVA, L. C. C. B.; GIL, C. H. J. C. Comparação entre dois testes clínicos para avaliar a flexibilidade dos músculos posteriores da coxa. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 11, n. 2, p. 139-145, 2007.

CHANDLER, T. J.; KIBLER, W. B. A biomechanical approach to the prevention, treatment and rehabilitation of plantar fasciitis. **Sports Medicine**, v. 15, n. 5, p. 344-352, 1993.

CHIMERA, N. J.; KNOELLER, S.; COOPER, R.; KOTHE, N.; SMITH, C.; WARTEN, M. Prediction of functional movement screen performance from lower extremity range of motion and Core. **International Journal of Sports Physical Therapy**, v. 12, n. 2, p. 173-181, 2017.

CHORBA, R. S. *et al.* Use of a functional movement screening tool to determine injury risk in female collegiate athletes. **North American journal of sports physical therapy**, v. 5, n. 2, p. 47-54, 2010.

COOK, G.; BURTON, L.; HOOGENBOOM, B. J.; VOIGHT, M. Functional movement screening: the use of fundamental movements as an assessment of function part 2. **International Journal of Sports Physical Therapy**, v. 9, n. 4, p. 396-409, 2014.

GARRIDO, N. D.; SILVA, A. J. High level swimming performance and its relation to non-specific parameters: a cross-sectional study on maximum handgrip isometric strength. **Perceptual and Motor Skills**, v. 114, n. 3, p. 936-948, 2012.

GOUVEIA, V. H. O. *et al.* Confiabilidade das medidas inter e intra-avaliadores com goniômetro universal e flexímetro. **Fisioterapia Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 229-235, 2014.

KELLER, R. A.; De GIACOMO, A. F.; NEUMANN, J. A.; LIMPISVASTI, O.; TIBONE, J. E. Glenohumeral internal rotation deficit and risk of upper extremity injury in overhead athletes: a meta-analysis and systematic review. **Sports Health**, v. 10, n. 2, p. 125-132, 2018.

KOO, T.K.; LI, M.Y. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. **Journal of Chiropractic Medicine**, v. 15, n. 2, p. 155-163, 2016.

MATHIOWETZ, V. *et al.* Grip and pinch strength: normative data for adults. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 66, n. 2, p. 69-74, 1985.

MCKAY, M. J. *et al.* Normative reference values for strength and flexibility of 1,000 children and adults. **Neurology**, v. 88, n. 1, p. 36-43, 2017.

MONTEIRO, G. A. Avaliação da Flexibilidade. **Manual de Utilização do Flexímetro Sanny**. São Bernardo do Campo: American Medical do Brasil, 2005.

ONGARATTO, D.; TOIGO, A. M. Prevalência de lesões musculoesqueléticas em atletas amadores de triathlon federados no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Educação Física e Desportos**, v. 15, n. 150, p. 1, 2010.

OYAMA, S.; HIBBERD, E. E.; MYERS, J. B. Preseason screening of shoulder range of motion and humeral retrotorsion does not predict injury in high school baseball players. **Journal of Shoulder and Elbow Surgery**, v. 26, n. 7, p. 1182-1189, 2017.

SHRIER, I.; GOSSAL, K. Myths and truths of stretching: individualized recommendations for healthy muscles. **The Physician and Sportsmedicine**, v. 28, n. 8, p. 57-63, 2000.

SILVA, I. H. *et al.* Intra-and inter-reliability of fleximetry in individuals with chronic shoulder pain. **Physical Therapy in Sport**, v. 32, p. 115-120, 2018.

SVENSSON, K.; ALRICSSON, M.; OLAUSSON, M.; WERNER, S. Physical performance tests—a relationship of risk factors for muscle injuries in elite level male football players. **Journal of Exercise Rehabilitation**, v. 14, n. 2, p. 282-288, 2018.

TAK, I.; ENGELAAR, L.; GOUTTEBARGE, V.;

BARENDRECHT, M.; VAN DEN HEUVEL, S.; KERKHOFFS, G. *et al.* Is lower hip range of motion a risk factor for groin pain in athletes? A systematic review with clinical applications. **British Journal of Sports Medicine**, v. 51, n. 22, p. 1611-1621, 2017.

TEYHEN, D. S. *et al.* The functional movement screen: a reliability study. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v. 42, n. 6, p. 530-540, 2012.

WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. **WHO Technical Report Series 854**. Geneva: World Health Organization, 1995.

CAPÍTULO 10

OS TEMPOS E AS INTERSECÇÕES ENTRE A VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS E A POLÍTICA DE SAÚDE LGBTQIAPN+ NO BRASIL

**Luiza Maria Plentz, Daniel Canavese de Oliveira,
Amanda de Cassia Azevedo da Silva, Marcos Claudio Signorelli**

Introdução

O presente manuscrito é fruto de um recorte da pesquisa intitulada “Intersecções entre a notificação de violências e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: o olhar de atores do sistema único de Saúde” (PLENTZ, 2020), desenvolvida durante a realização de Mestrado em Saúde Coletiva. Trabalho que compõe projeto de pesquisa maior e inter-institucional denominado “A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Este amplo trabalho é vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ao Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS), à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), à Universidade Federal do Paraná (UFPR) e às secretarias estaduais de saúde do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Paraná.

O estudo que foi construído ao longo da pós-graduação, investigou os fatores que contextualizam, potencializam ou dificultam o processo de notificação de violências relacionadas a questões de gênero e diversidade sexual, sob o ponto de vista de trabalhadores/as e gestores/as dos serviços de saúde, estudantes da área da saúde e representantes dos movimentos sociais de lésbicas, gays, bissexuais, travestis/transsexuais/transgêneros, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não-binários e outras minorias sexuais (LGBTQIAPN+). Tratou-se de uma análise qualitativa sobre as intersecções entre os elementos da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e à saúde de LGBTQIAPN+.

Para desenvolver tal análise buscou-se explicitar conceitos importantes, tanto para a compreensão do fenômeno das violências relacionadas a questões de gênero e sexualidade, como para subsidiar a identificação das complexidades por trás dos termos presentes na ficha de notificação de violências. É importante lembrar que a presente pesquisa se localiza na intersecção entre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) e a notificação de violências. Essa

intersecção é demonstrada à medida em que são mapeados os pontos de convergência entre a interação dos atores com as políticas estudadas e delas entre si, pois considera-se que as estratégias para a efetivação e qualificação da vigilância sobre a violência, bem como suas ferramentas e dispositivos, também se caracterizam como política pública, visto que dependem de ações do poder público para existir e se consolidar.

Além da análise das intersecções mencionadas, cabe resgatar o conceito de interseccionalidade, tendo em vista sua relevância para a compreensão sobre as desigualdades, através da proposta para um olhar mais atento às vulnerabilidades relacionadas à sexualidade e ao gênero e que podem conter especificidades dependendo de outros recortes, como, por exemplo, raça/cor, classe e experiência de cada grupo, considerando também cultura, religião, localização geográfica e idade (Aguiao, 2017). Kimberlé Crenshaw, autora que disserta pela primeira vez sobre o conceito, faz uma analogia da imagem de um cruzamento, no qual eixos de poder distintos e mutuamente excludentes interagem, atingindo, em especial, mulheres racializadas e outros grupos marcados por múltiplas opressões, posicionados nessas intersecções em virtude de suas identidades específicas (Crenshaw, 2002).

No entanto, neste capítulo de livro que representa um recorte da pesquisa supracitada, abordaremos principalmente quais e, em certa medida, como as políticas relacionadas ao tema estudado foram sendo elaboradas e implementadas ao longo das últimas três décadas no Brasil. Inicialmente, apresentaremos um mapeamento, no intuito de demonstrar o panorama geral da linha do tempo das políticas específicas e transversais. No segundo tópico, aprofundaremos os caminhos percorridos pela política de saúde LGBTQIAPN+ no Brasil. Em seguida, abordaremos o caminho das políticas de enfrentamento e vigilância das violências, tanto de forma geral, como interagindo com tema da diversidade sexual e de gênero. E, por fim, no tópico “Onde chegamos e para onde vamos?”, tentaremos resgatar as principais conquistas e desafios das políticas analisadas.

O mapeamento dos marcos normativos

Neste tópico, apresentamos uma visão abrangente do levantamento realizado sobre os marcos normativos que constituem a história dos programas, políticas e outras iniciativas estatais relacionadas às questões de violência, diversidade sexual e de gênero no contexto brasileiro. Com o objetivo de viabilizar a análise do tema investigado, também serão elucidados a seguir conceitos essenciais. Esses conceitos são fundamentais tanto para a compreensão do fenômeno das violências ligadas a questões de gênero e sexualidade, como para fornecer subsídios que permitam identificar as complexidades subjacentes aos termos presentes na ficha de notificação de violências. Cabe ressaltar que esse capítulo foi construído a partir de uma revisão bibliográfica.

É relevante destacar que a presente pesquisa se situa na intersecção entre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) e o processo de notificação de violências. Essa intersecção se revela ao mapear os pontos de convergência entre a interação dos diversos atores envolvidos com as políticas estudadas e também entre essas políticas em si. Isso ocorre porque se considera que as estratégias para tornar efetiva e qualificada a vigilância sobre a violência, assim como os instrumentos e dispositivos utilizados, também se configuram como políticas públicas, uma vez que dependem das ações do poder público para existir e se consolidar.

Figura 1 - Linha do tempo sobre os movimentos, políticas e legislações relacionados a sistemas de notificação de violência, diversidade sexual e de gênero e à saúde LGBTQIAPN+ no Brasil, desde a década de 1980 até o ano de 2021

Violência: políticas transversais, programas, sistemas de informação e notificação



2021

Diversidade sexual e gênero: políticas, legislações e marcos



Resolução TSE Nº 23.659 - Aborda o direito da pessoa transgênera, preservados os dados do registro civil, fazer constar do Cadastro Eleitoral seu nome social e sua identidade de gênero.

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

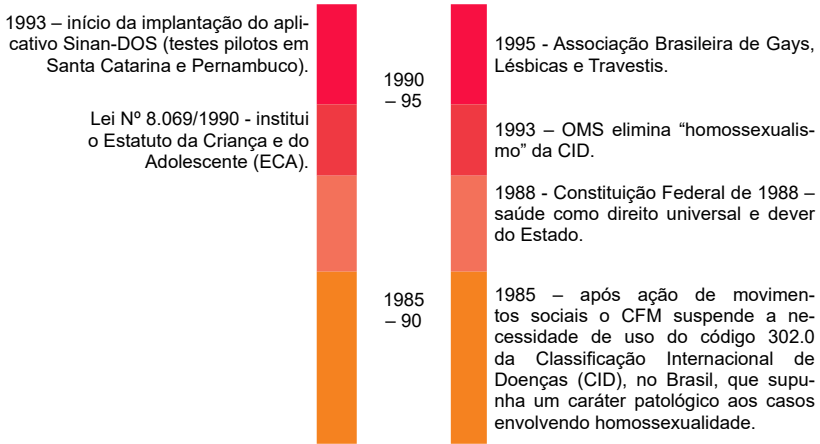
	2020	ADI Nº 5543 - Declarada inconstitucional no STF a proibição discriminatória da doação de sangue por homens homossexuais ou bissexuais e travestis.
	2019	STF equipara a homofobia e a transfobia ao crime de racismo.
Resolução Nº 588 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).	2018	STF reconhece o direito à autodeterminação relativa ao gênero - possibilidade de alterar nome e estado sexual nos registros civis.
Portaria de Consolidação Nº 4 (Anexo V) - portaria ministerial vigente que trata da notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas.	2017	
	2016	Decreto Nº 8.727, dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração.
	2015	Portaria Interministerial Nº 01 institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra LGBT. Lei Nº 13.104 prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos.
Portaria MS/GM Nº 1.271 – violência sexual e tentativa de suicídio passam a ser agravos de notificação imediata (até 24h).	2014	*Alteração da Ficha de Notificação de Violências do Sinan, incluindo a notificação de violências por motivação homo/lesbo/transfóbica e informações sobre a identidade de gênero e orientação sexual da pessoa atendida, além do nome social da vítima.
Lei Nº 12.845 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.	2013	Lei Nº 12.853 - Institui o Estatuto da Juventude. Aborda os direitos e a proteção da juventude em relação à gênero e orientação sexual.

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.		Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.
Portaria MS/GM Nº 104 - universalizou a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação compulsória.	2011	<p>Suspensão da distribuição do material didático intitulado 'Escola Sem Homofobia'.</p> <p>Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.</p> <p>RESOLUÇÃO CFESS Nº 615 - Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e do(a) assistente social transexual nos documentos de identidade profissional.</p> <p>STF estende às relações conjugais entre pessoas do mesmo sexo os mesmos direitos (e deveres) reconhecidos para as relações conjugais heterossexuais.</p>
MS lança a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências.	2010	
O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) passou a integrar o Sinan, integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas.	2009	<p>Política Nacional de Saúde Integral LGBT aprovada no Conselho Nacional de Saúde.</p> <p>Lançado o "Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais" (PNPCDH-LGBT).</p>
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.	2008	<p>Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.</p> <p>Portaria Nº 1.707 - O SUS passa a realizar a cirurgia de redesignação sexual do tipo neocolpovulvoplastia.</p> <p>Implantado o ciclo de conferências nacionais de políticas públicas voltadas para a população LGBT.</p>

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

	2007	13ª Conferência Nacional de Saúde – recomenda a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, nos prontuários e nos sistemas de informação em saúde.
Portaria MS/GM Nº 1.356, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).	2006	Lei Nº 11.340 - “Lei Maria da Penha” - cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher.
Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes.	2005	
Lançamento do Programa Brasil sem Homofobia.		Lançamento do Programa Brasil sem Homofobia.
Portaria Nº 936 - Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação de núcleos de prevenção da violência em estados e municípios.	2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.
Lei Nº 10.778 - institui a notificação compulsória de violência contra a mulher.	2003	
Lei Nº 10.741 - define o Estatuto do Idoso.		
Portaria Nº 737 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.	2001	O Art. 1º da Lei Nº 10.216 (Lei Antimanicomial) determina que pessoas portadoras de transtornos mentais não sejam discriminadas por sua orientação sexual.
Boletim de serviço Nº 12/1998 – Constituiu a Comissão de Desenvolvimento e Aperfeiçoamento de nova versão do Sinan.	1996-2000	1999 - Resolução Nº 1/1999 do Conselho Federal de Psicologia considera antiéticas as chamadas ‘terapias de reversão’.
1997 - uso do Sinan foi regulamentado por meio da Portaria Nº 1.882.		1996 - criado o dia da visibilidade lésbica: 29 de agosto, onde foi realizado o primeiro Seminário Nacional de Lésbicas (Senale), na cidade do Rio de Janeiro.



Fonte: Adaptada e atualizada de Plentz (2020).

Neste momento do texto, visamos promover uma visão integrada do mapeamento realizado acerca dos marcos normativos que constituem a trajetória dos programas, políticas e demais ações estatais relacionadas às temáticas de violência e diversidade sexual e de gênero no Brasil. Além disso, propomos refletir sobre o entendimento das desigualdades, considerando a relevância do conceito de interseccionalidade. É fundamental reconhecer a importância de um olhar sensível para as vulnerabilidades associadas à sexualidade e ao gênero, que podem ser influenciadas por diversos outros fatores, como raça/cor, classe social, cultura, religião, localização geográfica e idade (Aguiao, 2017). A interseccionalidade, como conceituação do problema, se dedica a entender como o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros mecanismos discriminatórios criam desigualdades fundamentais (Crenshaw, 2002, p. 177). Acreditamos que compreender e refletir sobre a interseccionalidade nos apoia na construção da linha do tempo das políticas, a medida em que promove pistas para a explicação do porquê as ações são ou deixam de ser tomadas pelos atores que às articulam.

A Figura 1, de forma paralela, ilustra os eventos relacionados aos sistemas de informação e notificação de violências, bem como, as políticas e legislações brasileiras voltadas à diversidade sexual e

de gênero, ao longo da história do país. Reconhecemos a relevância da atuação dos movimentos sociais no processo histórico e na construção dessas políticas. No entanto, por compreender a vasta complexidade dessas relações, optamos por não representá-las em um recurso gráfico linear, que limitaria o escopo do estudo. Ainda assim, pontuamos a influência das ações do movimento social ao longo do texto, mesmo que não constem na imagem.

Nas últimas duas décadas, no Brasil, houve uma intensificação na implementação de políticas visando promover a equidade de gênero, raça/cor e etnia, reafirmando os princípios dos Direitos Humanos e estabelecendo diretrizes e objetivos estratégicos para guiar as práticas de gestão, buscando uma abordagem transversal e intersetorial (Brasil, 2010). As intersecções entre a PNSILGBT e a notificação de violências evidenciam pontos de convergência e interação significativos. Dentre eles, destacam-se a revogação da obrigatoriedade do código 302.0 da Classificação Internacional de Doenças (CID), que patologizava a homossexualidade, e a implementação do aplicativo Sinan-DOS em 1993. Além disso, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi um marco, estabelecendo princípios, objetivos, diretrizes e estratégias para melhorar a saúde dessa população. Também são relevantes as portarias relacionadas à notificação compulsória de violências, em diferentes anos, e a equiparação, pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2019, da homofobia e da transfobia ao crime de racismo.

Neste trabalho, embora não tenhamos adotado a metodologia de análise de políticas públicas de forma detalhada, nosso objetivo é compreender os elementos da PNSILGBT em relação à implementação da ficha de notificação de violências. Dessa forma, reforçamos que os tópicos a seguir constituem um resumo do referencial teórico abordando dois principais planos de análise deste estudo: a política de saúde voltada à população LGBT e a violência e sua notificação.

Os tempos e os movimentos que articulam a política LGBTQIAPN+

Década de 80 à 2010: retomada da democracia para a busca por direitos e articulação de políticas

O movimento da Reforma Sanitária estabelecido na Constituição Federal de 1988, bem como nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, delineou o caminho para a construção de um modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demandas da população, priorizando ações e serviços de promoção, prevenção, assistência, proteção e recuperação da saúde, por meio da estratégia de descentralização (Sena; Souto, 2017). Paralelamente, os movimentos sociais relacionados à comunidade LGBTQIAPN+ emergiram no Brasil à medida que o processo de redemocratização do país avançava. Os primeiros movimentos eram compostos, majoritariamente, por homossexuais masculinos, havendo escassa representatividade e visibilidade para lésbicas, além de desacordo em relação à unificação das lutas conjuntas com travestis e transexuais (Laurentino, 2015). O Grupo Somos, criado em 1978, foi considerado pioneiro na luta homossexual, especialmente focado na perspectiva política da homossexualidade. No entanto, ao longo do tempo, o movimento abrangeu lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, impulsionando a defesa da livre orientação sexual e sua expressão, conferindo visibilidade política aos problemas enfrentados por esse grupo populacional (Brasil, 2013b; Carrara, 2010).

As questões relacionadas à saúde da população LGBTQIAPN+ ganharam maior visibilidade a partir da década de 1980, com a adoção de estratégias de enfrentamento à epidemia do HIV/Aids, resultando nas primeiras interlocuções entre o movimento social e o Estado (Brasil, 2013b; Feitosa, 2019). No entanto, mesmo sendo uma população que reivindicava políticas de saúde, ainda enfrentava estigmatização, sendo associada à doença e rotulada como um grupo de risco (Silva, 2019). As lésbicas, inicialmente, não foram incluídas como grupo de risco e, portanto, não foram contempladas nas ações de prevenção da Aids (Brasil, 2013b).

Embora tenham sido observadas ações voltadas à luta pelos direitos da população LGBTQIAPN+ desde a década de 1980, foi somente em 2004, durante o governo Lula (2003-2010), com o Programa Brasil Sem Homofobia, que uma agenda mais abrangente na área da saúde, com caráter de política de Estado, começou a ser delineada. O programa foi forjado a partir da militância LGBTQIAPN+, cuja principal reivindicação era a oferta de serviços e atendimentos às vítimas de discriminação, culminando na criação dos Centros de Referência LGBT, que oferecem orientação e acompanhamentos jurídicos e psicossociais de acordo com as necessidades dos/as/es usuários/as/es (Feitosa, 2019).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Comitê Técnico para a formulação da proposta da Política Nacional de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), com o objetivo de promover a saúde integral dessa população, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. A composição do Comitê foi redefinida para incluir representantes LGBTQIAPN+, e, em 2005, sua coordenação foi transferida da Secretaria Executiva para a Secretaria de Gestão Participativa no MS (Sena; Souto, 2017).

Nessa abordagem, de compreender os posicionamentos dos atores frente a política, é importante ressaltar que o “Programa de Governo 2003-2006” de Lula não abordava questões relacionadas aos direitos das pessoas LGBTQIAPN+. Contudo, no “Programa de Governo 2007-2010” do mesmo candidato, já se evidenciava explicitamente o compromisso com ações específicas para combater a discriminação e promover a cidadania dessa população, através de propostas para a ampliação e fortalecimento do programa “Brasil sem Homofobia” (Mello; Avelar; Maroja, 2012).

Em 2006, a Lei nº 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, foi criada no Brasil para coibir a violência doméstica contra mulheres. Essa lei incluiu expressamente a união homoafetiva feminina e protegeu todas as mulheres da discriminação com base

na orientação sexual. Ela também tem sido utilizada pela Justiça para coibir a violência doméstica contra mulheres trans. Em 2007, aconteceu o Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na Construção do SUS, onde foram avaliadas as iniciativas adotadas após a criação do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT. Nesse ano, também foi realizada a Oficina sobre o Processo Transexualizador (PrTr), que resultou na publicação das Portarias nº 1.707 e 457, instituindo o PrTr no âmbito do SUS. A partir disso, alguns serviços especializados para atender a população trans foram habilitados pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2008, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa representou oficialmente o Ministério da Saúde na I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – Direitos Humanos e Políticas Públicas. Antes dessa conferência, os movimentos sociais utilizavam a sigla GLBTT para se referir à população LGBTQIAPN+, mas após a conferência, foi adotada a sigla LGBT. No mesmo ano, o SUS passou a realizar a cirurgia de redesignação sexual do tipo neocolpovulvoplastia.

Em 2009, foi lançado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNPCDH-LGBT), construído com base nas propostas aprovadas na Conferência Nacional LGBT, contendo ações e diretrizes para a elaboração de políticas públicas de inclusão social e combate às desigualdades para a população LGBTQIAPN+. Outro marco importante foi o Programa Nacional de Direitos Humanos 3 (PNDH-3), que apresenta ações voltadas para a população LGBT, incluindo travestis e transexuais, com o objetivo de garantir o respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero (Mello; Avelar; Maroja, 2012).

Em 2010, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Grupo de Trabalho de Saúde Integral LGBT, vinculado ao Departamento de Apoio à Gestão Participativa, com o objetivo de desenvolver o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Esse Grupo de Trabalho, que atuou dentro do próprio MS, acompanhou a implementação do plano nos anos subsequentes. Também em 2010, o

Departamento mencionado foi designado para representar o MS no Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT (CNCD/LGBT), por meio do Decreto nº 7.388. Vale destacar que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT já havia sido aprovada no Conselho Nacional de Saúde no ano anterior, em 2009, e a aprovação e pactuação da Política, juntamente com o seu Plano Operativo, ocorreu na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2011. Todo esse processo envolveu um período de discussão de dois anos (Sena; Souto, 2017).

2011 À 2015: primeiros passos da pnsi lgbt e de sua interação com o viva

Em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi oficialmente lançada por meio da Portaria nº 2.836, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. No mesmo dia, foi assinada a Resolução CIT nº 02, publicada em 06 de dezembro de 2011, que aprovou seu Plano Operativo (2012-2015) junto à CIT. Esse plano apresentava estratégias para combater as desigualdades em saúde da população LGBTQIAPN+, incluindo acesso à atenção integral à saúde, ações de promoção e vigilância, educação em saúde e monitoramento das ações de saúde para essa população (Brasil, 2013b).

No mesmo ano, também foi publicada a Portaria nº 2.837, que revitalizou o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT) do Ministério da Saúde, tornando-o um espaço consultivo da gestão para acompanhar e monitorar a implementação da PNSI LGBT no SUS, sob a coordenação do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Sena; Souto, 2017).

Em 2012, houve uma importante inclusão no Cartão SUS, permitindo o uso do nome social para respeitar a Portaria nº 1.820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde. No mesmo ano, foram realizadas visitas aos serviços de referência do Processo Transexualizador no SUS, o que levou à revisão da Portaria nº 457/2008, que regulamentava esse processo (Brasil, 2009). A revisão da portaria ocorreu em 2013, resultando

na publicação da Portaria nº 2.803/2013, que redefiniu e ampliou o PrTr no SUS, buscando garantir atendimento humanizado, inclusão de procedimentos e formação de equipes multiprofissionais (Sena; Souto, 2017).

No mesmo ano, foram realizados eventos relevantes para a promoção da saúde da população LGBTQIAPN+, como o I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT, que avaliou a implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no SUS. Também foram realizadas oficinas e grupos de trabalho para discutir especificamente a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais e pessoas transexuais e travestis (Sena; Souto, 2017).

Em 2014, foram realizados o Seminário sobre Transexualidade e Travestilidade no SUS e a Oficina Atenção à Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais, que contribuíram para a avaliação contínua e o aprimoramento dos serviços de saúde para esses grupos (Sena; Souto, 2017).

Ainda em 2014, houve uma importante alteração no Instrumento de Notificação às Violências Interpessoais e Autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), incluindo a notificação de violências por motivação homo/lesbo/transfóbica e informações sobre a identidade de gênero e orientação sexual da pessoa atendida, além do nome social da vítima. Essa mudança visava aprimorar a vigilância em saúde e subsidiar políticas públicas para reduzir a morbimortalidade relacionada às violências e promover a saúde de forma mais equitativa (Sena; Souto, 2017). Consideramos, neste estudo, um dos principais pontos de intersecção entre PNSI LGBT e a vigilância das violências.

2015 A 2021: marcos legislativos e decisões judiciais

Segundo Sena e Souto (2017), no ano de 2015, foi promovida uma Oficina sobre Saúde de Gays e Bissexuais, realizada em parceria com o movimento social. O evento contou com a presença de representantes de entidades nacionais que defendem a saúde de homens gays e bissexuais, especialistas convidados, membros do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, representantes de órgãos

governamentais e técnicos do Ministério da Saúde. O objetivo da Oficina foi debater as necessidades específicas de saúde desses grupos, considerando as Políticas de Saúde Integral de LGBTQIAPN+ e de Atenção Integral à Saúde do Homem, ressaltando também a importância da participação social na promoção dos direitos.

Como resultado da Oficina, foi elaborada a Cartilha “Homens Gays e Bissexuais - Direitos, Saúde e Participação Social”, com o intuito de enfatizar a relevância da participação social na construção de políticas públicas, especialmente na área da saúde, levando em conta as particularidades dos homens gays e bissexuais. Essa cartilha surge como um importante instrumento para fortalecer a cidadania e empoderar essa população, abordando diferentes masculinidades e promovendo o controle social no SUS. A publicação trata-se de material educativo e informativo que considera as especificidades do segmento e ressalta a importância da participação social para alcançar direitos e cidadania, ao mesmo tempo que busca sensibilizar gestores, profissionais de saúde e operadores de direitos (BRASIL, 2016a).

Também em 2015, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB (e-SUS AB) passou por alterações, incluindo o preenchimento do nome social no prontuário eletrônico do cidadão (PEC), receitas e atestados, além de possibilitar encaminhamentos com o nome social. É importante observar que, no caso de receitas e atestados, o nome social deve ser utilizado em conjunto com o nome de registro civil em segundo plano, a fim de garantir um respaldo jurídico adequado. Adicionalmente, o campo de cadastro individual passou a contar com opções para preenchimento da orientação sexual e identidade de gênero do usuário. Além dessas ações, foram desenvolvidas pesquisas e ações de formação e educação permanente, através de parcerias do Ministério da Saúde com Universidades, com o objetivo de debater as especificidades de atenção à saúde da população LGBTQIAPN+, junto aos trabalhadores do SUS (Sena; Souto, 2017).

De forma mais ampla, no ano de 2015, também foi lançada a portaria Interministerial Nº 01 que instituiu a Comissão

Interministerial de Enfrentamento à Violência contra LGBT, composta por representantes da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Secretaria Geral da Presidência da República e Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. A comissão tem, dentre suas competências, o intuito de promover a articulação das medidas de prevenção, enfrentamento e redução da violência praticada contra a população LGBT (Brasil, 2015).

Nos últimos anos, importantes avanços legislativos e decisões judiciais têm contribuído para a garantia dos direitos da comunidade LGBT no Brasil. Um importante avanço foi o reconhecimento pelo STF, no ano de 2018, do direito à autodeterminação de gênero, possibilitando a alteração do nome e do gênero nos registros civis, sem a necessidade de cirurgia de redesignação sexual ou autorização judicial. Essa decisão reconhece o direito das pessoas trans de serem reconhecidas em sua identidade de gênero, garantindo a elas dignidade e respeito (Brasil, 2018).

Em outra decisão histórica, o STF equiparou a homofobia e a transfobia ao crime de racismo, por meio do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO) nº 26 (Brasil, 2019) e do Mandado de Injunção (MI) nº 4.733 (Brasil, 2021). Essa equiparação representa um marco na proteção dos direitos LGBT no país, uma vez que o crime de racismo é imprescritível e inafiançável.

A ADI nº 5543/2020 foi uma ação movida no Supremo Tribunal Federal (STF) que questionou a proibição discriminatória da doação de sangue por homens homossexuais, bissexuais e travestis (Brasil, 2020). O STF declarou essa proibição inconstitucional, reconhecendo-a como uma medida discriminatória e excludente.

A Resolução TSE Nº 23.659/2021 é um marco importante para a comunidade transgênera no Brasil. Ela reconhece o direito das pessoas trans de fazer constar no Cadastro Eleitoral seu nome social e sua identidade de gênero, preservando seus dados no registro civil (Brasil, 2021). Essa medida representa um avanço significativo na luta por reconhecimento e respeito à identidade de gênero das pessoas trans, fortalecendo sua cidadania e participação política.

A história da vigilância das violências no Brasil

A atual expressão da violência que permeia o dia a dia dos cidadãos do Brasil encontra suas raízes nas interações sociais instauradas pelos colonizadores, que prejudicaram os povos indígenas, africanos, judeus e brancos de baixa renda durante o período em que o país estava sob o domínio colonial português (Bernaski; Sochodolak, 2018). É evidente que a formação do Brasil teve suas bases estabelecidas na violência, sendo claramente perceptíveis as distorções históricas de um país estruturado pela exploração do trabalho escravo (Corrêa, 2013, p. 58).

Segundo Bernaski e Sochodolak (2018), a história do Brasil é marcada por uma dominação que afetou etnias nativas, como os indígenas, privando-os de suas terras e concentrando a propriedade nas mãos de poucos. Isso resultou em uma sociedade hierarquizada, com desigualdade de riqueza e acesso a direitos, afetando grupos como povos tradicionais e trabalhadores pobres. Essas práticas geraram um ambiente violento, onde a desigualdade socioeconômica é um fator crucial na origem da violência. A violência está enraizada nas práticas sociais, moldando diversos aspectos da vida cotidiana.

Antes da divulgação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, o Ministério da Saúde do Brasil já havia se manifestado sobre o assunto. Após um extenso debate com diversos setores sociais sobre a realidade do país e ao ouvir as opiniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, o Ministério aprovou uma portaria e lançou um documento chamado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, com o objetivo de guiar as ações do setor diante desse problema (Brasil, 2001). A definição de violência adotada pelo Ministério é praticamente a mesma da OMS. O documento enfatiza a necessidade de inserir a questão da violência no contexto da promoção da saúde, reconhecendo que o setor de saúde deve contribuir para a cidadania universal e enfrentar ativamente os problemas que tornam a sociedade e grupos específicos mais vulneráveis. Ele também destaca a importância de entender e diagnosticar melhor a violência, lidando com as lacunas de informações e subnotificações, muitas vezes resultado da abordagem biomédica limitada,

do desconhecimento e da negligência. O Ministério reconhece a necessidade de capacitar profissionais e instituições para evitar atitudes violentas e insensíveis. O documento defende uma abordagem intersetorial e colaborativa com a sociedade civil, orientações para o monitoramento das ações e a integração das definições de violência e acidentes. Isso é relevante, já que frequentemente a fronteira entre as duas categorias é tênue, resultando na banalização de eventos violentos, como acidentes de trânsito. O Ministério reconhece a imprecisão dos dados e interpretações relacionadas aos acidentes, dada a dificuldade em determinar a intencionalidade. Isso gera incerteza sobre se tais eventos são realmente violência evitável ou fatalidades imprevisíveis (Minayo, 2020).

A nível nacional, o Sistema de Saúde efetua a supervisão das ocorrências de violência para propósitos de vigilância epidemiológica. Isso é realizado através da utilização da Declaração de Óbito (DO) e da Autorização de Internação em Hospitais (AIH), que são fornecidas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH), respectivamente. Ambos os sistemas fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e são gerenciados pelo Ministério da Saúde (MS). Eles registram as características dos casos de violência, incluindo aqueles que resultam em óbito ou internação. Entretanto, é importante ressaltar que essas fontes não conseguem abranger as lesões menos graves, as quais ainda assim geram uma alta demanda nos serviços de emergência. Com o objetivo de coletar dados, de forma contínua, sobre a prevalência de eventos que não levam a internações ou mortes, o MS introduziu o Sistema VIVA em 2006. Esse sistema foi implementado em toda a Rede de Serviços do SUS, com o propósito de coletar e disseminar informações relacionadas aos casos de violência em diferentes grupos da população e estágios da vida (Brasil, 2016b).

O Sistema VIVA está estruturado em dois elementos principais (Brasil, 2016b):

a) O componente contínuo, que está interligado com o “Sistema de Informação de Agravos de Notificação”. Esse vínculo

é estabelecido por meio da notificação obrigatória feita através das unidades de saúde em todo o território nacional.

b) O componente de inquérito, que é conduzido através de um estudo transversal. Esse estudo é realizado em serviços de urgência e emergência selecionados, em intervalos de trinta dias a cada dois anos.

Embora devam reconhecer as vítimas e agir contra a violência, muitas vezes os trabalhadores em saúde não estão familiarizados com os procedimentos legais, especialmente em relação à notificação. Esses casos exigem abordagem interdisciplinar e colaboração institucional para resolução. A notificação desencadeia investigação em famílias e círculos sociais, sendo uma estratégia de cuidado às vítimas e influenciando políticas públicas. Ressalta-se que a violência compõe a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública que, atualmente, abrange 48 doenças, agravos e eventos vigente conforme Portaria de Consolidação nº 4/2017 e atualizada pela Portaria nº 264/2020 (Brasil, 2016b).

Isso demonstra a importância da atitude do Estado na concretização da notificação de violência e na consolidação dos sistemas de informação. Enfatiza-se a falta de um plano regular de monitoramento da qualidade dos dados dos SIS no país, normatizado pelo Ministério da Saúde, e, ainda hoje, podendo-se identificar apenas iniciativas isoladas e não sistemáticas de avaliação. Fica o alerta para a desigualdade de distribuição e acesso aos recursos tecnológicos nas diferentes regiões do país, o que impacta na capacidade dos gestores em analisar as informações dos SIS (Lima *et al.*, 2009).

A utilização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) desempenha um papel dinâmico no diagnóstico de eventos na população. Ele fornece informações essenciais para entender as causas dos agravos de notificação compulsória, oferece insights sobre os riscos enfrentados pelas pessoas e contribui para uma compreensão mais profunda da situação epidemiológica em áreas específicas. A descentralização do sistema e sua utilização

regular também promovem o acesso democrático à informação, permitindo que os profissionais de saúde compartilhem esses dados com a comunidade. Assim, o Sinan é uma ferramenta valiosa para orientar o planejamento de ações de saúde, estabelecer prioridades de intervenção e avaliar os resultados alcançados (Mello Jorge; Laurenti; Gotlieb, 2010).

Aprimorar a compreensão, interpretação e conhecimento dos processos e ferramentas ligados à geração de informações é essencial para aqueles que desejam usar esses recursos de forma eficaz na implementação de políticas públicas, incluindo a PNSI LGBT. Vale ressaltar que, dentre os vários instrumentos de coleta de dados do Sinan, a Ficha Individual de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada é a única que incorpora o registro de informações sobre a identidade de gênero e orientação sexual das vítimas desse tipo de incidente.

A avaliação da política de saúde LGBT e seus indicadores depende de sistemas de informação e pesquisas que organizem e meçam dados (Brasil, 2016b). A notificação, ao destacar necessidades estatais, atua como um instrumento para moldar políticas públicas, permitindo a compreensão da magnitude da violência e seus fatores (Cezar; Arpini; Goetz, 2004; Assis *et al.*, 2012; Santos; Ippolito; Magalhães, 2014). O aprimoramento da vigilância de saúde e estratégias preventivas para violência contra LGBTQIAPN+ são partes cruciais da PNSI LGBT. Desde sua primeira versão em 2011, o Plano Operativo da política propõe a inclusão da orientação sexual e identidade de gênero no Viva, coordenado em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), para visibilizar a violência enfrentada pela população LGBTQIAPN+ (Brasil, 2011).

Onde chegamos e para onde vamos?

De maneira geral, as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (Brasil, 2013a), provenientes do Ministério da Saúde, reforçam a abordagem, a partir de 2012, da luta contra as disparidades, um movimento que já estava em andamento nos anos anteriores, e que culminou na significativa redução da população em condições de extrema pobreza, resultado das medidas governamentais

voltadas para pessoas em situações vulneráveis. Esse processo conduziu à identificação das prioridades do governo federal nesse período, destacadas no primeiro objetivo estratégico do Ministério da Saúde no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015, que se concentra na garantia do acesso a serviços de qualidade para toda a população, com especial atenção à equidade. O princípio da equidade é estabelecido onde há grupos vulneráveis, incorporado a partir das perspectivas da identidade e da diversidade, levando em consideração a possibilidade de intersecção de vulnerabilidades.

As conquistas significativas da comunidade LGBTQIAPN+ foram alcançadas por meio da liderança dos movimentos sociais e da colaboração e coordenação entre o Departamento de Apoio à Gestão Participativa, o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT e áreas estratégicas do Ministério da Saúde (Sena; Souto, 2017). A PNSI LGBT foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2009 e sua implementação foi pactuada por meio do Plano Operativo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em novembro de 2011. Ela foi oficializada através da Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011, como resultado de um processo democrático e participativo abrangente. Sua implementação requer colaboração entre as esferas federal, estadual e municipal, e é orientada por coordenação intra e intersetorial, bem como pela interconexão no desenvolvimento de políticas públicas e da própria PNSI LGBT (Brasil, 2013b; Brasil, 2017a).

Uma das táticas empregadas para aumentar a visibilidade da política foi o acordo entre o governo federal e os movimentos sociais para adotar uma ação estruturante para cada política de equidade. No contexto da política LGBT, essa ação foi a incorporação do nome social para pessoas transexuais e travestis nos serviços públicos. Outro exemplo notável foi a luta contra o racismo institucional, uma característica da política de saúde da população negra. Essa abordagem resultou em mudanças práticas na área de saúde, como a implementação do processo transexualizador, a inclusão das variáveis cor/raça e nome social no cartão SUS, a atenção à anemia falciforme, a eliminação do requisito de comprovante de residência

para a população cigana e o reconhecimento do papel das benzedei-
ras e parteiras nos cuidados de saúde (Siqueira *et al.*, 2017).

Estudos têm indicado a ausência de alocação orçamentária para a execução das ações delineadas nos planos, acrescentando que a falta ou a escassez de recursos têm dificultado a efetivação dessas ações. Essa limitação sugere que, embora as políticas e programas voltados para a comunidade LGBT apresentem perspectivas promissoras, a concretização de suas propostas e atividades continua a ser um desafio (Albuquerque *et al.*, 2013; Bezerra *et al.*, 2019).

Devido ao protagonismo da sociedade civil organizada na incorporação das demandas da população LGBT na agenda pública, é relevante destacar o surgimento de entidades e mecanismos participativos, incluindo as três edições da Conferência Nacional LGBT (2008, 2011 e 2016) e a criação do Conselho Nacional LGBT (2010), entre outros. Em concordância com isso, análises realizadas por Popadiuk *et al.* (2017) destacam os esforços para implementar a PNSI LGBT, incluindo a oferta de atendimento específico para a população trans, ações destinadas a melhorar o acesso, aprimorar a vigilância em saúde, capacitar profissionais e avaliar e monitorar as intervenções em saúde. Os autores também identificam desafios significativos a serem abordados, relacionados à adoção de uma abordagem mais ampliada da saúde.

Apesar dos avanços notáveis na criação de políticas de saúde para LGBTQIAPN+ e da ampliação de sua visibilidade, a inserção desses tópicos em periódicos da área de Saúde Coletiva tem sido limitada. Apesar da ênfase na interdisciplinaridade na construção do debate na área de saúde, a fragmentação persiste no processo de produção do conhecimento. Os diversos campos de aprendizagem e de práticas ainda não conseguiram superar completamente os paradigmas simbólicos e estigmatizantes, resultando em produções restritas e preconceituosas. Essa situação motiva reflexões dentro do campo da saúde e ressalta a urgência de estimular a construção de um novo paradigma no processo educacional dos cursos de saúde, que abranja a formação acadêmica para abordar a diversidade de gênero como uma questão social relevante para o cuidado em saúde.

Dado esse cenário, acredita-se ser fundamental realizar mais pesquisas, permitindo a criação de indicadores de saúde que facilitem a construção de dados epidemiológicos para esse grupo, e tais iniciativas poderiam desencadear estratégias para as secretarias de saúde, as entidades efetivamente responsáveis pela execução dos serviços do SUS (Bezerra *et al.*, 2019).

Em resumo, as políticas de equidade em saúde, notadamente a PNSI LGBT, representam um marco crucial na trajetória de combate às disparidades e na promoção do acesso inclusivo a serviços de qualidade para a comunidade LGBTQIAPN+. Fruto da sinergia entre os movimentos sociais e o engajamento do Ministério da Saúde, essas políticas alcançaram avanços notáveis para a ampliação do cuidado em saúde. Entretanto, desafios persistem, incluindo a necessidade de recursos adequados para a efetivação dessas ações, a aproximação das políticas e legislações do cotidiano do trabalho nos serviços públicos e a necessária transformação paradigmática na formação acadêmica e na produção de conhecimento. Tal interação contribui para que a vigilância da violência seja qualificada, e, além de produzir dados epidemiológicos, tenha a capacidade de ser uma ferramenta para o cuidado das pessoas, considerando as suas necessidades específicas. Assim, a continuidade das pesquisas e da implementação dessas políticas é vital, visando à construção de indicadores abrangentes de saúde e à formulação de estratégias efetivas em todas as esferas, solidificando o direito à saúde como inalienável, independentemente da orientação sexual e identidade de gênero.

É crucial reconhecer que pessoas que pertencem a múltiplas minorias, como pessoas negras, transgêneras e mulheres, enfrentam uma exposição ampliada à violência devido à interseccionalidade de suas identidades. Portanto, é de extrema importância promover uma abordagem interseccional na luta contra todas as formas de discriminação e violência, a fim de garantir que esses indivíduos sejam tratados com equidade e justiça em todas as esferas da sociedade.

Referências

AGUIAO, S. Quais políticas, quais sujeitos? Sentidos da promoção da igualdade de gênero e raça no Brasil (2003-2015). **Cad. Pagu**, Campinas, n. 51, e175107, 2017.

ALBUQUERQUE, G. A; GARCIA, C. DE L; ALVES, M. J. H; QUEIROZ, C. M. H. T. DE; ADAMI, F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 516-524, 2013.

BERNASKI, J.; SOCHODOLAK, H. História da violência e sociedade brasileira. **Oficina do Historiador**, v. 11, n. 1, p. 43-60, 2018. Disponível em: DOI 10.15448/2178-3748.2018.1.24181.

BEZERRA, M. V. DA R; MORENO, C. A; PRADO, N. B. L; DOS SANTOS, A. M. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 305-323, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Protocolo para julgamento com perspectiva de gênero**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça – CNJ; Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados – Enfam, 2021.

BRASIL. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 1, de 6 de fevereiro de 2015. Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento a Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em**

situação de violência orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1e, n. 96, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Homens gays e bissexuais: direitos, saúde e participação social.** Brasília: MS, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde.** Brasília: MS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** Brasília: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovoçada.** 2. ed. Brasília: MS, 2016b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 4.275. Relator: Min. Edson Fachin, 1 de marco de 2018. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, n. 45, 7 mar. 2019a.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão 26.** Relator: Min. Celso de Mello, 13 de junho de 2019b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.543/DF**. Relator: Min. Edson Fachin, 8 de maio de 2020.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. **Resolução N. 23.659, de 26 de outubro de 2021**. Dispõe sobre a gestão do Cadastro Eleitoral e sobre os serviços eleitorais que lhe são correlatos. Disponível em: <https://www.tse.jus.br>. Acesso em: 19 jul. 2023.

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

FEITOSA, C. Políticas públicas LGBT no Brasil: um estudo sobre o Centro Estadual de Combate à Homofobia de Pernambuco. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 90-118, 2019.

LAURENTINO, A. C. N. **Políticas públicas de saúde para população LGBT: da criação do SUS a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT**. 2015, 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio, Rio de Janeiro, 2015.

MELLO, L.; AVELAR, R. B. DE; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 2, p. 289-312, maio de 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/xZP7MNQxfysrJX53QTdcXsD/>.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J.Q. **Impactos da Violência na Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020. p. 19-42.

PLENTZ, L. M. **Intersecções entre a notificação de violências e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: o olhar de atores do Sistema Único de**

Saúde. 2020. 133 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M.C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2017.

ROCON, P.C.; SODRE, F.; ZAMBONI, J.; RODRIGUES, A.; ROSEIRO, M.C.F.B. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface comunicação saúde educação**, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018.

SENA, A. G. N.; SOUTO, K. M. B. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 09-28, 2017.

SILVA, Y. P. **Relatório técnico**: atenção básica e vigilância em saúde para as doenças e agravos não transmissíveis - DANTs: violência interpessoal - (intrafamiliar/doméstica) no Distrito Federal. 2022. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397, 2017..



SEÇÃO III

EM BUSCA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CAPÍTULO 11

A IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL: FORMAÇÃO, ASSISTÊNCIA E GESTÃO PELO OLHAR DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

**Tissiane Paula Zem Igeski, Milene Zanoni da Silva,
Derivan Brito da Silva, Daniel Canavese de Oliveira**

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC), são reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como importante forma de cuidado em saúde, além de serem recomendadas a inclusão e construção de políticas públicas nos sistemas nacionais de saúde. No Brasil, as PIC têm se expandido na Atenção Primária à Saúde (APS) pela sua utilização por profissionais de saúde atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS), o que contribuiu na criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006 (Brasil, 2014a).

Com tradição milenar e características interdisciplinar e interprofissional as PIC têm despertado nos profissionais de saúde a reflexão e a identificação com novos aprendizados e práticas no cuidado em saúde, o que também tem contribuído para o reconhecimento e inserção das PIC no SUS (Telesi, 2016).

A aproximação com o objeto de estudo surgiu do interesse dos pesquisadores-autores em compreender como ocorre a inserção das PIC no contexto da formação, assistência e gestão no âmbito da APS, motivados pela participação no Programa de Educação para o Trabalho em Saúde – Edição Interprofissionalidade (PET-Saúde Interprofissionalidade), a qual contou com Grupo Tutorial PIC e Abordagens Grupais. A autoria de um Projeto de Pesquisa sobre a Terapia Ocupacional na APS, foi outro motivador. Em pesquisas anteriores, realizadas por parte dos autores, constatou-se que a profissão de terapeuta ocupacional é a que possui o maior número de práticas integrativas regulamentadas pelo seu conselho de fiscalização profissional (Coffito, 2017).

O uso das PIC entre terapeutas ocupacionais do Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) e outros profissionais da APS, levantavam reflexões e questionamentos que colocaram em análise a relação entre a formação, assistência e gestão, em especial no contexto da APS.

O objetivo deste capítulo é apresentar elementos para compreensão das relações existentes entre a formação profissional,

assistência e a gestão das PIC na Atenção Primária à Saúde, sob a perspectiva de profissionais terapeutas ocupacionais e da coordenadora da atenção à saúde.

Metodologia

Este estudo tem caráter qualitativo de cunho exploratório e descritivo, com objetivo de contribuir para a aplicação da análise das relações e percepções dos participantes da pesquisa diante do objeto estudado (Minayo, 2014). Para a delimitação do objeto utilizou-se da pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. A pesquisa de campo contribuiu na construção do objeto de pesquisa, por meio da utilização de instrumentos de observação participante e entrevista e da articulação com a pesquisa bibliográfica e documental.

A pesquisa de campo ocorreu em um município da Região Metropolitana de Curitiba, entre agosto de 2020 e agosto de 2021, durante a pandemia da COVID-19.

Para a coleta de dados, foi utilizado o roteiro de entrevista com perguntas abertas e um roteiro de observação participante. A observação participante permitiu a exploração e descrição, de forma livre do campo assistencial de atuação de terapeutas ocupacionais (NASF-AP) e do campo de atuação da gestão, da coordenadora de atenção à saúde. Os critérios para seleção das profissionais foram: (1) terapeutas ocupacionais atuante na APS; (2) profissional de saúde em cargo de gestão de processos de trabalho da APS e responsável por ações gerenciais relacionadas às PIC. Foram selecionadas cinco terapeutas ocupacionais e uma profissional gestora responsável pela coordenação da atenção à saúde. As participantes da pesquisa são identificadas por nomes de flores, garantido o anonimato.

Os dados da observação participante foram registrados num diário de campo, onde consta as impressões pessoais, comportamentos e narrativas das participantes da pesquisa ao longo do período de coleta de dados. A observação participante contribuiu para orientar a estruturação do roteiro de entrevista. As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde em que as terapeutas ocupacionais atuam, em sala reservada, individualmente, mantendo os protocolos de

higiene e segurança e o distanciamento social. As entrevistas foram gravadas e na sequência foi realizada a transcrição em *verbatim*. A entrevista da coordenadora de atenção à saúde foi realizada de forma remota, por meio de aplicativo de conversas instantâneas, devido as demandas de gestão, agravadas pelo contexto pandêmico.

Na análise dos dados buscou-se articular os dados da pesquisa de campo (entrevistas e observação participante) com a pesquisa bibliográfica e documental, indo do empírico ao teórico construindo “o concreto pensado”. Metodologicamente, para análise dos dados, utilizou-se da Proposta Operativa que inclui: ordenação, classificação e análise (Minayo, 2014).

O processo analítico em torno das categorias analíticas Formação, Assistência e Gestão se construiu processualmente e tais categorias se estruturam no diálogo entre as diferentes perspectivas das participantes da pesquisa de forma interdependente com a observação participante. Como resultado do processo analítico, a discussão neste trabalho se deu em quatro partes, porém, para este ebook serão apresentadas três partes: (1) A Formação Profissional em Saúde: a inserção das PIC, da graduação à educação permanente em saúde; (2) As PIC na Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva de terapeutas ocupacionais; e (3) A PNPIC: desafios para Formação, Assistência, Gestão em PIC.

Este estudo seguiu os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12 e foi submetido ao Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, sob o nº 4.295.096, de 23/09/2020, que se refere ao projeto de pesquisa aprovado e intitulado: “Formação, Exercício e Regulamentação Profissional em Terapia Ocupacional: Construindo caminhos no contexto da Atenção Básica à Saúde.”

Resultados e discussão

A formação profissional em saúde: a inserção das PIC, da graduação à educação permanente em saúde

A formação em saúde no Brasil está relacionada com diferentes modelos de saúde que guiam formas de pensar e agir no campo da saúde, tornando a formação em um processo complexo e multifacetado. Mudanças na formação profissional em saúde vem acontecendo em acordo com os desafios originários do processo de criação e consolidação do SUS, baseada na necessidade de contrapor o modelo médico hegemônico (Feuerwerker; Capozzolo, 2018).

A cada momento, certos aspectos do processo formativo em saúde tencionaram a forma de apreender a realidade de saúde da população, dos serviços e das equipes de saúde, como elementos necessários à reflexão de futuros profissionais (Feuerwerker; Capozzolo, 2018). Assim, a complexidade na abordagem ao tema da formação profissional em saúde exige certa delimitação acerca do que se deseja refletir.

As PIC, enquanto tecnologias de saúde, oferece possibilidades para abordagem ao tema da formação a partir de uma questão central: como vem ocorrendo a inserção das PIC no processo formativo em saúde, enquanto uma tecnologia de cuidado capaz de ampliar compreensão, de estudantes e profissionais de saúde, acerca de noções-conceitos essenciais ao trabalho na saúde, como por exemplo, processo saúde-doença, cuidado e autocuidado, integralidade, trabalho em equipe, intersetorialidade?

A formação em saúde possui distintas trajetórias que se entrecruzam, por diferentes trilhas e percurso. A graduação em saúde e a educação continuada e permanente em saúde são utilizadas nesta discussão como momentos marcantes deste processo formativo. Considerando o objeto e participantes da pesquisa, a perspectiva de terapeutas ocupacionais revelam elementos facilitadores e/ou barreiras para a inserção das PIC na formação profissional em saúde.

Inicialmente com o crescimento na oferta de disciplinas em curso de graduação em saúde que tratam das PIC em Instituições

de Ensino Superior (IES), verificou-se que no ano 2000 a oferta era de 10 disciplinas, passando para 19 em 2005. Após a promulgação da PNPIC em 2006, foram criadas mais 20 disciplinas, revelando crescimento de cerca de 300% da oferta de disciplinas sobre PIC. A oferta se concentrou nos cursos de Medicina, Farmácia e Enfermagem, de natureza optativa. Os temas mais frequentemente abordados nas disciplinas foram: a homeopatia, a meditação e as práticas corporais (Nascimento, *et al.*, 2018).

O contato que terapeutas ocupacionais, participantes da pesquisa, tiveram durante a graduação com as PIC se constituíram como facilitadores para o estudo das PIC e motivação para educação permanente e continuada. As participantes citaram como exemplos de PIC com as quais tiveram contato as seguintes: Terapia Comunitária Integrativa, Meditação, Reiki, Auriculoterapia, Acupuntura, Yoga, Hipnose, Plantas Medicinais e Constelação Familiar. Uma das participantes aponta que:

“Na graduação eu tive a matéria de práticas integrativas que era optativa, eu participei do PET, então aí surgiram os meus interesses.” (Jasmim, terapeuta ocupacional)

O PET citado pela participante Jasmim refere-se ao PET-Saúde/Interprofissionalidade, que contou com o Grupo Tutorial de Práticas Integrativas e Complementares e Abordagens Grupais, no período de 2018-2020. O PET-Saúde tem como objetivo realizar a integração ensino-serviço-comunidade, através do estímulo de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, conforme apresenta o art. 2º desta portaria:

Art. 2º O PET Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. (Brasil, 2010a, não p.)

Na Universidade onde a participante cursava a graduação durante a edição do PET-Saúde/Interprofissionalidade foi ofertada uma disciplina optativa para vários cursos de graduação da área de saúde. Uma das diretrizes que guiou o planejamento e implementação da disciplina foi a apresentação, vivência, discussão e reflexão-ação das PIC em acordo com a educação interprofissional e trabalho colaborativo. As metodologias ativas foram os meios para a integração de diferentes estratégias de ensino e de experimentação das PIC, seja em sala de aula, serviços de saúde e/ou comunidade. Durante o processo vivenciado no PET-Saúde/Grupo Tutoria de PIC e abordagens grupais, estudantes e docentes de diferentes cursos de graduação em saúde e profissionais de diferentes profissões da saúde tiveram a oportunidade de problematizar o tema das PIC na formação e prática profissional (UFPR, 2019).

Foi uma experiência muito positiva assim sabe, [a disciplina] porque eu não tinha tanto esse contato, mas acabei conhecendo e vendo que dá pra ser utilizada principalmente na atenção básica né? A gente teve algumas experiências de roda [de Terapia Comunitária Integrativa] na disciplina, teve vivência de constelação familiar que eu achei incrível também, [...] aurículo teve e acupuntura também, e que essas eu sabia que existiam, mas não sabia o que eram e como era feito né? [...] eu acho que foi muito positivo também, foi a discussão em relação as evidências científicas [...], tiveram as questões mais de [...] bibliografia mesmo, autores e tudo e da questão documental né. [...] de como que tava regulamentado [...], no geral a experiência foi fantástica porque além de estar aprendendo mais sobre as PICS, era um tempo que era pra relaxar mesmo sabe, por causa das vivências e tudo, uma experiência muito legal. Eu acho que tem a questão da motivação sim, é, eu até penso em algum momento da minha vida em fazer, me especializar em alguma formação de PICS sabe, foi por causa da disciplina mesmo, porque antes eu não pensava. (Lírio, terapeuta ocupacional)

O relato revela a inserção das PIC como temática de estratégias de educação para o trabalho na saúde, no nível da graduação,

baseada na integração ensino-serviço-comunidade. a trajetória vivida pela participante enuncia a potência da inserção das PIC em processos formativos e como nela se entrecruzam a graduação, a educação permanente e continuada em saúde.

Vale ressaltar que, o PET-Saúde, é uma das estratégias promotoras de novas práticas pedagógicas e de atenção à saúde, a fim de colaborar com a reorientação da formação e da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área de saúde (Brasil, 2010a). Acompanhando o processo de atualização da DCN dos cursos de graduação, observa-se que na Resolução nº 650, de 04 de dezembro de 2020, que “dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Bacharelado em Terapia Ocupacional”, há notável menção sobre as PIC, conforme inciso XXVII do art. 8º, onde os estudantes devem:

Conhecer as bases conceituais, as abordagens, e os procedimentos relacionados **às práticas integrativas e complementares em saúde**, para aplicação e acompanhamento de acordo com as políticas públicas de saúde e a legislação vigente. (CNS, 2020, p.65, grifo do autor).

Considerando experiências observadas e relatadas pelas participantes da pesquisa e documentos oficiais é possível apontar movimentos em prol da inserção das PIC na formação em Terapia Ocupacional. Cabe investigar se os mesmos ou semelhantes movimentos estão acontecendo em outros cursos de graduação em saúde (CNS, 2020).

Ainda assim, destaca-se que a vivência e inserção do tema das PIC na formação no nível da graduação é um elemento que merece análise mais aprofundada, tendo em vista a necessidade de formação específica para o uso das PIC como ferramenta de trabalho. É preciso não confundir os benefícios que a experimentação das PIC pode trazer a estudantes, em disciplinas sejam elas optativas ou não, práticas e/ou teórica, com a competência técnica para o uso da PIC como uma ferramenta de cuidado.

Após o término da graduação, o profissional assume a trajetória da educação permanente e continuada em saúde. Nesta perspectiva, como estratégia formativa em PIC para profissionais de saúde, o Ministério da Saúde disponibiliza capacitações em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e outras instituições de ensino, a fim de contribuir para a formação dos profissionais de saúde. Os cursos disponíveis são: Introdução às PIC: MTC; Introdução às PIC: práticas corporais e mentais da MTC; Introdução às PIC: antroposofia aplicada à saúde; Uso de plantas medicinais e fitoterápicos para agentes comunitários de saúde; Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica (nível superior); Gestão de PIC; Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica (nível superior); Curso de atualização em Fitoterapia: harmonizando conceitos, aberto a todos os profissionais da área da saúde que atuam no SUS (Brasil, 2021).

Conforme os resultados levantados através das narrativas e da observação participante, observa-se que a existência de barreiras para a aplicação da PIC em serviços da APS produz uma desmotivação em profissionais interessados pela formação em PIC.

Eu acho que tem muito profissional que não quer fazer o curso ou mesmo que tem [formação] e não faz por que o município não fornece o material [...] por exemplo, muito profissional aqui na unidade que eu nem sabia que tinha o curso da Auriculoterapia, tem, mas não aplica...eu acho até que é também um dos motivos das pessoas não querem estudar sobre PICS sabe. (Girassol, terapeuta ocupacional)

[...] então, eu acho que ainda não existe muito estímulo das PICS né? Até pela questão mesmo de espaço físico, de material. As PICS exigem algumas coisas [...], que [...] [a] UBS não oferece (Violeta, terapeuta ocupacional)

Assim, entre as barreiras para formação em PIC pode-se citar: espaço físico inadequado para a prática das PIC; a escassez de materiais e insumos, o predomínio do modelo biomédico, a necessidade de apoio da gestão quanto à organização do processo de trabalho.

O que dificulta, eu acho, pode ser talvez a rotina dos serviços, a carga de horário dos profissionais, processo de trabalho, talvez eu identifico mais como um pouco de inflexibilidade que pode ocorrer no processo do profissional ter que disponibilizar um tempo pra se aprimorar. (Jasmim, terapeuta ocupacional)

Um estudo apresentou que a falta do espaço físico, de materiais e insumos, de apoio da gestão local e de maior valorização das práticas tem contribuído para a fragilização da implantação das PIC no SUS (Sampaio, 2014). Esses fatores vêm de encontro aos achados nas narrativas e na observação participante, que demonstraram que a busca pela formação fica fragilizada e desestimulada se não são ofertadas condições de trabalho para que os profissionais atuem com as PIC na APS.

Para além destas barreiras observadas no ambiente de trabalho, ainda existe a condição financeira para custeio da formação, que também pode ser considerada uma barreira para formação em PIC:

Eu tenho interesse em fazer, eu queria fazer de reflexologia e TCI. O problema é que antes eu não tinha dinheiro e agora até que dá pra guardar um dinheiro, mas não posso fazer por causa da dedicação exclusiva da residência no momento, mas eu espero que depois, quando eu acabar a residência, eu consiga colocar em prática. (Lírio, terapeuta ocupacional)

Acho que se eu tivesse condições financeiras faria a Acupuntura, que é um dos meus projetos pro futuro depois que eu sair da residência, isso seria uma das (PIC) e também a... (estalo de dedos) a [...] Hipnose. (Dália, terapeuta ocupacional)

A partir da análise da PNPIC, pôde-se perceber que as barreiras citadas, poderiam ser minimizadas se as diretrizes instituídas na política fossem seguidas, uma vez que orientam a estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS, através do estabelecimento de mecanismos de financiamento, para garantia do acesso aos insumos necessários para a qualidade e segurança das ações (Brasil, 2014a).

Os indicativos da necessidade de organização do processo de trabalho, citadas pelas profissionais como barreiras para educação permanente e/ou continuada em PIC, são contrapontos ao que é apresentado na PNPIC, que destaca em suas diretrizes, ser de responsabilidade federal, estadual e municipal a definição de recursos orçamentários e financeiros para sua implementação considerando a composição tripartite, ficando a cargo do município, estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde (Brasil, 2014a). Ou seja, é responsabilidade do gestor incentivar a educação permanente em saúde, estruturar e fornecer os insumos e estrutura adequada, além de organizar o processo de trabalho junto aos profissionais da APS, como forma de valorização profissional e qualificação dos serviços desse nível de atenção.

O papel da Educação Permanente em Saúde (EPS), é muito importante para qualificação dos serviços de saúde e pode ser definida, de acordo com Ceccim (2005, p. 151): “O processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.”

Na perspectiva da coordenadora de atenção à saúde, as barreiras para educação permanente e continuada dos profissionais de saúde do município estão relacionadas à não existência de um núcleo de educação na secretaria de saúde:

Acredito que a não existência de um núcleo de educação na secretaria de saúde dificulta muito o processo de formação/atualização dos profissionais. Hoje, toda e qualquer capacitação fica sob responsabilidade da coordenação da atenção à saúde, que necessita administrar os 18 serviços de atenção à saúde do município, além de fazer os processos de licitação, elaborar projetos, acompanhar indicadores, enfim... Entendo que a figura do núcleo estruturado propiciaria condições de acompanhar, de fato, a formação dos profissionais nas PICS. (Flora, coordenadora de atenção à saúde)

Considerando o contexto da Pandemia Covid-19, a coordenadora de atenção à saúde, responsável por coordenar as PIC no município, aponta que as estratégias de EPS se fragilizaram ainda mais, pelo excesso de demandas e pela rotatividade dos profissionais atuantes tanto na assistência quanto na gestão. Certo esforço tem sido realizado para a retomada da EPS e relatou que atualmente, existe uma licitação em execução que ofertará a capacitação de algumas PIC aos profissionais da APS, considerando uma oportunidade para a retomada do uso das PIC no município.

Outra barreira citada pelas terapeutas ocupacionais nas entrevistas foi o predomínio do modelo médico hegemônico em saúde, que é compreendido como um cuidado fragmentado focado na doença e não no sujeito:

[...]então muitas vezes eu sinto que o modelo biomédico e PICS é contraditório um do outro e aí choca as coisas né no ambiente de trabalho. [...] Só que ao mesmo tempo eu sinto assim que a equipe, o modelo biomédico, tá tão assim... sempre na mesmice, com poucos resultados, que quando a equipe vê uma possibilidade de PICS, nossa! Parece que vai salvar a pátria... (Violeta, terapeuta ocupacional)

As PIC são uma alternativa para incentivar a mudança do padrão biomédico, já que possui como característica importante a integralidade, através da valorização das diversas dimensões do sujeito, sua história de vida e seu contexto (Sampaio, 2014). Entretanto, existem evidências do despreparo político e técnico dos profissionais de saúde na atuação com as PIC no SUS, além de existirem poucas instituições que formam profissionais que pratiquem outros tipos de racionalidades médicas e de ser fundamental que a formação em PIC esteja alinhada às diretrizes do SUS e aos princípios da Saúde Coletiva (Azevedo; Pelicioni, 2012).

Apesar das barreiras, participantes da pesquisa apontaram como facilitadores para educação permanente e continuada: o interesse pessoal; a vivência com as PIC durante e após a graduação; e as oportunidades de realizar uma formação em PIC em instituições de ensino públicas.

Além da formação técnica para o uso das PIC, os profissionais precisam atender as regulamentações de seu respectivo conselho de fiscalização profissional. No que tange à regulamentação profissional da Terapia Ocupacional quanto ao uso das PIC, a resolução nº 491/2017, destaca em seu art. 3º a necessidade de comprovação de certificação junto ao seu conselho de classe, apresentando títulos que comprovem o domínio das PIC, advindos de instituições de ensino reconhecidas, com carga horária mínima exigida pelo conselho (COFFITO, 2017).

Dados da pesquisa documental e da pesquisa de campo, possibilitaram entender que as PIC utilizadas por terapeutas ocupacionais, estão inseridas na PNPIC através das Portarias do Ministério da Saúde nº 971/2006, nº 849/2017 e nº 702/2018 e estão regulamentadas pelo COFFITO pela: (1) Resolução nº 221/2001 que dispõe sobre a prática de Acupuntura pelo terapeuta ocupacional; (2) Resolução nº 350/2008 que dispõe sobre a Arteterapia como recurso terapêutico ocupacional; (3) Resolução nº 405/2011, que disciplina sobre o exercício profissional do terapeuta ocupacional na especialidade de Acupuntura; e (4) Resolução nº 491/ 2017 que regulamenta o uso das seguintes PIC pelo terapeuta ocupacional: Arteterapia, Auriculoterapia, Dança circular/Biodança, Fitoterapia, Hipnose, Magnetoterapia, Medicina Antroposófica, Meditação, Oficina de massagem/Auto Massagem, Práticas corporais, manuais e meditativas, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia floral e Yoga (Brasil, 2006; 2017; 2018; COFFITO, 2001; 2008; 2011; 2017).

Assim, é possível apontar que o movimento de conselhos de fiscalização profissional se constitui em um facilitador para o aumento do uso das PIC em serviços de saúde, por diferentes profissionais, neste caso, por terapeutas ocupacionais que atuam na APS.

As pic na atenção primária à saúde: uma perspectiva de terapeutas ocupacionais

A APS é considerada o nível de atenção mais propício para o desenvolvimento das PIC. Historicamente, diversas políticas

públicas que tratam da APS contribuíram para e construção da PNPIC. Os pressupostos da APS dialogam com os das PIC, na medida em que as PIC estimulam mecanismos naturais de prevenção, recuperação e promoção da saúde, com abrangência do processo saúde-doença e centrada na pessoa, assim, ambas, APS e PIC advogam pela garantia do princípio da integralidade (Tesser; Luz, 2008; Brasil, 2014a).

Desta forma, as PIC são consideradas como uma ferramenta de trabalho na APS que visam: (1) estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde através de tecnologias eficazes e seguras; (2) enfatizar a escuta acolhedora, necessária ao desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade; e (3) compartilhar a visão ampliada do processo saúde-doença, a promoção global do cuidado humano e a promoção do autocuidado (Brasil, 2014a).

A partir da relação dos achados da literatura e dos documentos oficiais sobre as PIC com o campo da pesquisa, observa-se a colocação das PIC numa posição de algo complementar, que pode ser expressada na seguinte pergunta: como profissionais tem articulado o uso das PIC com o seu objeto profissional para solução de problemas demandados pela população usuária?

Observou-se nas entrevistas e na observação participante a busca por profissionais em justificar a utilização das PIC de forma complementar às demais ferramentas de trabalho específicas de seu campo profissional:

...normalmente os pacientes chegam por encaminhamento, aí eu avalio se tem problema de desempenho né? Que seria ali um critério para que eu consiga atender, e daí quando eu percebo que quando tem o desempenho, tem alguns que trazem queixas emocionais ou físicas que interferem muito no desempenho [objeto profissional da profissão de terapeuta ocupacional]. Daí eu avalio se eu consigo auxiliar com a aurículo [PIC]. (Jasmim, terapeuta ocupacional)

As PIC, como ferramentas de trabalho, podem ser compreendidas como um conjunto de métodos/técnicas específicas que produz fluxos e, que, ao ser inserida nos processos de trabalho de um serviço, coloca os fluxos produzidos em dinâmica com fluxos já existentes. Por vezes, profissionais se vêem impelidos a utilizar uma ou determinado conjunto de PIC:

...eu uso como ferramenta então, eu não atendo fluxo só de PICS. Eu atendo fluxo de terapia ocupacional e aí eu sugiro, quando eu considero necessário, eu não tenho espaço só para realizar PICS. (Violeta, terapeuta ocupacional)

A questão do estabelecimento e da resposta ao fluxo das PIC ou não, é um dos desafios sobre a inserção das PIC em serviços da APS. A complexidade deste desafio depende da perspectiva de profissionais e gestores em relação ao uso das PIC. Diferentes perspectivas se enunciam à medida que se aponta o momento em que determinado profissional dever lançar mão ou não, das PIC no processo de trabalho. Tais perspectivas surgem diante da necessidade do ajuste do processo de trabalho da equipe, ou seja, onde e quando deve se inserir as PIC e quem executará, de forma a articular problemas de saúde – objetos profissionais – e expertise em PIC. Portanto, não se trata apenas de inserir as PIC na APS, mas de refletir em como se dá sua inserção no processo de trabalho das equipes, tendo em vista, a capacitação para o uso das PIC.

A perspectiva de terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa oferece elementos para que se compreenda a relação das PIC com um objeto profissional específico. A partir das narrativas das participantes é possível nomear objeto profissional de terapeutas ocupacionais como “desempenho ocupacional”, definido por Law, *et al.* (2009) como a participação e interação do sujeito no contexto da vida, envolvendo a pessoa, o ambiente e a ocupação.

Assim, terapeutas ocupacionais se preocupam em ajudar pessoas que apresentam problemas que interferem na capacidade de participação e envolvimento em suas ocupações, sejam por questões de ordem motora, sensorial, mental, afetiva e espiritual ou do ambiente – incluindo o ambiente físico, social e cultural (Silva, 2017).

Quanto à percepção sobre a atuação dos terapeutas ocupacionais com as PIC na APS, a coordenadora de atenção à saúde apresentou a seguinte narrativa:

Vejo os terapeutas ocupacionais numa posição muito sensível de compreender o vínculo paciente, seu cotidiano e as ocupações. São profissionais que atuam na dinâmica da ESF, auxiliando no mapeamento e diagnóstico do território, matriciamento das equipes, realizam articulação intersetorial, realizam atividades de educação em saúde, realizam consultas, identificam os problemas, prescrevem tecnologias e adaptações para atividades diárias de vida, dentre tantas outras formas de atuação. Os TOs do município se utilizam das PICS em suas práticas de trabalho, sendo as práticas mais utilizadas o Reiki, Hipnose, Auriculoterapia (Flora, coordenadora de atenção à saúde)

O relato da coordenadora corrobora com os dados do campo onde observou-se que terapeutas ocupacionais utilizam ferramentas de trabalho específicas da Terapia Ocupacional de forma articulada com as PIC, considerando a relação pessoa-ocupação-ambiente. Esta relação é utilizada para a compreensão da situação-problema, elaborando o diagnóstico terapêutico-ocupacional e definindo estratégias de intervenção, em prol do alcance dos seus objetivos assistenciais, oriundos das demandas dos usuários acolhidos na APS. Neste processo, as PIC são utilizadas na etapa de intervenção, respeitando a decisão do(a) paciente em se submeter ou não a uma determinada PIC.

... eu uso as PICS como ferramenta terapêutica, então eu faço todo o procedimento de terapia ocupacional, faço avaliação e aí nesse momento eu identifico qual recurso que seria mais benéfico pra aquele paciente e aí eu sugiro né? Daí eu sempre deixo à escolha do paciente, se ele opta pelas PICS aí a gente vai por esse caminho. (Violeta, terapeuta ocupacional)

Um estudo, apontou que os profissionais da APS do município de Florianópolis, incentivavam o uso das PIC durante a consulta com o paciente, podendo ser também utilizada como uma forma de

abordagem inicial, complementar à terapia convencional ou como única opção de tratamento (Faqueti; Tesser, 2016).

A articulação das PIC com ferramentas de trabalho de uma determinada profissão ou não deve ser discutida e coloca em questão desde a formação de profissionais de saúde, seja no nível técnico, graduação e pós-graduação até organização do processo de trabalho, as motivações dos profissionais para o uso ou não das PIC e as normatizações pelos conselhos de fiscalização profissional.

Fato é que, é frequente a noção de complementariedade das PIC, numa perspectiva de que as PIC complementariam às práticas da medicina convencional, como algo secundário, de menor valor. O termo, “complementar” refere-se a algo com função de coadjuvante, mas esta função deve ser atribuída a qualquer prática de cuidado e não apenas as PIC. No campo teórico e da prática profissional esta questão do “complementar” ainda não está resolvida, pois denuncia as disputas presentes no campo da saúde, no que se refere às práticas de cuidado hegemônicas (Igeski; Silva; Silva, 2020).

Diante dos dados do campo empírico é possível afirmar que as PIC são utilizadas como ferramenta de trabalho pelas terapeutas ocupacionais, e que a maioria delas a utilizam de forma complementar aos recursos específicos da profissão. Apesar de algumas das terapeutas ocupacionais não possuírem capacitação específica em PIC, as mesmas compartilham da percepção de que as PIC são ferramentas complementares no trabalho de terapeutas ocupacionais na APS.

A PNPIC: desafios para formação, assistência, gestão em PIC

É notável o distanciamento da PNPIC com o cotidiano dos serviços de saúde. Quando questionada sobre a PNPIC uma participante relata:

Então eu acho que...a política existe, mas eu acho que tem uma ruptura entre o que está escrito no papel e o que tá na prática. O próprio domínio da gestão desse conhecimento e articulação disso. É isso que eu sinto assim, que tá no

papel, mas na prática não acontece. Eu acho isso um ponto negativo no meu ponto de vista né? Porque daí isso acaba não possibilitando uma abrangência maior né das PICS, uma ampliação, mais profissionais com interesse. (Violeta, terapeuta ocupacional)

Observou-se durante a observação participante e entrevista com a coordenadora de atenção à saúde do município, o interesse na implantação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, e as dificuldades que têm sido enfrentadas pela gestão, como a escassez de recursos humanos, a redução no financiamento na saúde, os desafios na organização dos processos de trabalho, que se agravaram diante do aumento do absenteísmo causado pela Covid-19 e a fragilidade no monitoramento das ações com a mudança do sistema de informação.

Percebeu-se a necessidade do conhecimento mais aprofundado da PNPIC pelos profissionais da APS, fato que foi identificado na pesquisa de campo, quando as participantes foram indagadas acerca do conhecimento da PNPIC.

Num estudo realizado em três municípios brasileiros sobre o conhecimento da PNPIC, foi observado que a maioria dos profissionais conhece parcialmente as PIC e desconhece a PNPIC. Foi considerado também que o conhecimento das PIC pelos profissionais não foi obtido durante a formação, na graduação, mas sim pela leitura e experiência familiar. O estudo relatou ainda sobre a importância PIC na graduação, pois o conhecimento adquirido torna-se reflexivo na atuação profissional, na implantação e fortalecimento das PIC nos serviços de saúde (Gontijo; Nunes, 2017).

Um estudo realizado em São Paulo que trata sobre o conhecimento dos gestores da saúde acerca da PNPIC concluiu que a maioria dos gestores a desconhece. O desconhecimento da política e das terapias abordadas por ela, PNPIC, dificulta a adesão dos profissionais e dos serviços na oferta das práticas. Os que conhecem, utilizam a PNPIC com o objetivo de orientar o governo municipal; de elaborar a própria legislação e fortalecer os serviços de PIC já existente (Galhardi; Barros; Leite-Mor, 2013). Uma das participantes

abordou sobre a influência do conhecimento da PNPIC pela gestão e sobre a EPS:

Então eu acho que a política existe, mas eu acho que tem uma ruptura entre o que está escrito no papel e o que tá na prática, o próprio domínio da gestão desse conhecimento e articulação disso. [...] eu acho um ponto negativo, porque daí isso acaba não possibilitando uma abrangência maior né das PICS, uma ampliação, mais profissionais com interesse [...] eu penso que a educação permanente ela é essencial, não tem como fazer PIC sem a gente estar preparando não só o profissional, acho que o ambiente, a equipe tem que ser preparada, porque se não vai dar errado exatamente pelas contradições de saberes de olhares. [...], mas eu acho que não é assim que tem que ser, tem que ser uma coisa mais integrada, mais focada, mais organizada e isso eu sinto que no município não ocorreu, né? O município apenas abriu as portas e não houve essa integração. (Violeta, terapeuta ocupacional)

Portanto, conforme os resultados levantados através dos dados do campo, percebeu-se que ainda é um desafio o conhecimento da PNPIC pelos gestores e pelos profissionais da APS, bem como sua implementação, uma vez que não há financiamento específico para o município e também pela influência do modelo médico hegemônico, o que resulta na baixa e infrequente oferta das PIC nos serviços de saúde da APS.

Além disso, a fragilização na inserção das PIC e da PNPIC na graduação dos cursos da área de saúde favorecem o desconhecimento/conhecimento raso sobre o recurso, o que leva a fragilizar o processo de implantação e implementação da PNPIC na prática dos profissionais da APS, como é o caso das/dos terapeutas ocupacionais.

No que diz respeito à organização do processo de trabalho, a orientação vem da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para as secretarias municipais de saúde, que têm o papel de organizar os serviços da APS, para que seja considerada como o primeiro contato e a porta de entrada do usuário no sistema, além de ser ordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde (RAS), conforme estabelece

suas diretrizes. No artigo 10 da PNAB (2017), são apresentadas as competências das secretarias municipais de saúde no que diz respeito a coordenação da APS e também sobre a organização do fluxo de pessoas no SUS (Brasil, 2017b).

Uma vez compreendida essas diretrizes, o campo de oferta das PIC na APS se torna muito favorável e privilegiado para a implantação e implementação das PIC, isso pode ser evidenciado em estudos que revelam que aproximadamente 80% das PIC são ofertadas nos serviços da APS (Tesser; Sousa; Nascimento, 2018).

Neste nível de atenção está inserida a equipe NASF-AP, que pode ser composta por diferentes áreas profissionais e que tem por objetivo realizar o cuidado compartilhado pautado na lógica de apoio matricial às equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Primária (ESF/EAP). O NASF-AP pode realizar atendimentos individuais, mas não se constitui como ambulatório específico ou porta de entrada ao serviço de saúde, ou seja, os fluxos de atendimento devem ser pactuados entre as equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Primária e equipe NASF-AP (Brasil, 2014b).

Através dos dados da pesquisa de campo, percebeu-se algumas dificuldades na pactuação dos fluxos/encaminhamentos da ESF/EAP para a Terapia Ocupacional das equipes NASF-AP, sendo necessário retomar e pactuar os fluxos com frequência, uma vez que alguns profissionais das equipes de Saúde da Família ainda possuem dúvidas sobre a atuação do terapeuta ocupacional e também sobre como funciona os atendimentos das PIC por esses profissionais. Como apontado anteriormente, uma das terapeutas ocupacionais relatou que os encaminhamentos dos usuários ocorriam por referência, e que numa ocasião a profissional se deparou com a situação de ser identificada como “terapeuta que faz PIC” e não terapeuta ocupacional. Enquanto relatava sobre essa situação foi possível perceber o desconforto da participante sobre essa atitude frente ao encaminhamento. Primeiro pela questão de identificação da profissional, não sendo nomeada de terapeuta ocupacional na referência, e segundo, pela falta de entendimento do profissional que encaminhou sobre o fluxo para a Terapia Ocupacional e sobre sua atuação.

O Caderno de Atenção Básica nº 27, que trata sobre as diretrizes do NASF, destaca sobre as PIC e o processo de trabalho do NASF, sobre a construção de fluxos que potencializem a interação das PIC com aquelas já ofertadas pelas redes locais de saúde (Brasil, 2010b).

Dados da observação participante no âmbito da gestão, demonstraram que questões pontuais foram dialogadas entre NASF-AP e gestão da APS sobre o uso das PIC, em especial, quando percebeu-se que alguns profissionais estavam utilizando somente as PIC nos atendimentos. A partir disso, os gestores orientaram as equipes de saúde que as PIC deveriam ser utilizadas como recurso terapêutico e que não fosse criado um fluxo a parte para esse cuidado em saúde, sendo assim, as terapeutas ocupacionais entre outros profissionais que possuem alguma formação em PIC, seguiram as orientações de utilizar as práticas integrativas como recurso terapêutico em suas consultas/grupos.

Outro dado que emergiu na pesquisa de campo foi o desafio e a necessidade de fortalecer a EPS junto às equipes da APS. Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a “Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.” (Brasil, 2009).

Uma vez compreendida a importante função dessa ferramenta pelos gestores e profissionais de saúde, há necessidade de colocá-la em prática. De acordo com a PNPIC, é de responsabilidade da gestão federal, estabelecer diretrizes para a EPS em PIC; da gestão estadual, implementar as diretrizes da EPS de acordo com a realidade local e da gestão municipal, de estabelecer formas de qualificar os profissionais do sistema local de saúde (Telesi, 2016).

Durante a observação participante percebeu-se como necessidade a promoção da EPS em PIC para a gestão, NASF- AP e equipes de saúde da família, com o objetivo de conhecerem a PNPIC e as modalidades de PIC, organizar o fluxo de trabalho com as PIC e divulgar as PIC aos usuários. Ressalta-se que essa ação pode não

ter sido realizada pela gestão por não haver muitos profissionais com formação para atuar com as PIC e pela escassez de insumos a serem utilizados na assistência ao usuário.

Quando questionado a coordenadora de atenção à saúde sobre a promoção da EPS em PIC aos profissionais da APS, ela relatou que:

[...] está em processo de execução a licitação que ofertará algumas PICS para os profissionais atuantes da APS. Acredito que, por desconhecimento das PICS e pela rotatividade dos profissionais, inclusive na gestão, o município não buscou a capacitação dos profissionais anteriormente. (Flora, coordenadora de atenção à saúde)

O investimento na educação permanente para o trabalho com as PIC na APS incentiva os profissionais do SUS na aquisição de conhecimento, a possibilidade de gerar mudanças nas práticas assistenciais pela ampliação das ferramentas de cuidado em saúde, no uso das diferentes racionalidades, garantindo o princípio da integralidade, fortalecendo o vínculo com o usuário e estimulando o compartilhamento de saberes e práticas (Tesser; Luz, 2008).

A compreensão das políticas que envolvem a promoção da saúde, a educação permanente e as PIC, uma vez interligadas e conhecidas por gestores, profissionais e usuários, através da EPS, favorecem a caminhada no processo de implantação e fortalecimento das PIC na APS.

Conclusão

Esta pesquisa teve como tema o contexto das práticas integrativas no campo da APS, nas perspectivas profissionais e de gestão. Como objetivo buscou apresentar elementos que possibilitassem a compreensão das relações existentes entre a formação profissional, assistência e gestão das PIC na Atenção Primária à Saúde.

Para a busca dos resultados, utilizou-se da pesquisa bibliográfica, documental e de campo, e para análise dos dados foram aplicadas as etapas operativas: ordenação, classificação e análise. Através

dos achados da pesquisa, foi possível compreender que o contato com as PIC durante a graduação e a participação do PET-Saúde foram facilitadores para a busca pela formação em PIC. Enquanto barreira para a formação, foram citados a escassez de insumos, espaço físico inadequado e necessidade de organização do processo de trabalho. No campo assistencial, as PIC foram utilizadas pelas participantes como ferramenta de trabalho e de forma complementar aos recursos da Terapia Ocupacional. Na gestão ainda existem muitos desafios a serem tratados, como a escassez de recursos humanos, dificuldades para a organização dos processos de trabalho e a execução da educação permanente em saúde, além do sub financiamento, que também contribuiu para a fragilização da implantação das PIC na APS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial no 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2010a. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília, 2014a. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares.pdf. Acesso em: 3 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portalab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 849, de 27 de março de 2017a**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária

Integrativa e Yoga a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017b**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 702, de 21 de março de 2018**. Ficam incluídas novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial 92 da União. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics/cursos>. Acesso em: 5 abr. 2021.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

COFFITO. **Resolução No 221, de 23 de maio de 2001**. Dispõe sobre prática de acupuntura pelo terapeuta ocupacional e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, no 108, de 05 de junho de 2001. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2979>. Acesso em: 02 mar. 2021.

COFFITO. **Resolução no. 350, de 13 de junho de 2008**. Dispõe sobre o uso da Arteterapia como recurso Terapêutico Ocupacional e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, no. 114, de 17 de junho de 2008. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3113>. Acesso em: 02 abr. 2021.

COFFITO. **Resolução No 405, de 03 de agosto de 2011**.

Disciplina o exercício profissional do terapeuta ocupacional na especialidade profissional Terapia Ocupacional em Acupuntura e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br>. Acesso em: 02 mar. 2021.

COFFITO. **Resolução No 491, de 20 de outubro de 2017.** Regulamenta o uso pelo terapeuta ocupacional das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, no 50, de 14 de março de 2018. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=8749>. Acesso em: 02 mar. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução no 650, de 04 de dezembro de 2020.** Dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde a proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Bacharelado em Terapia Ocupacional. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 mar. 2021.

FAQUETI, A.; TESSER, C.D. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária a saúde de Florianópolis/SC: percepção de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2621-2630, 2016. Disponível em: 1413-8123-csc-23-08-2621.pdf. Acesso em: 8 abr. 2021.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A. A. Atenção Básica e Formação em Saúde. In: MENDONÇA, M.H.M. de et al. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. P. 291-310.

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N.F. de; LEITE-MOR, A. C. M. B. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-220, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2021.

GONTIJO, M.B.A.; NUNES, M.F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 301-320, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2021.

IGESKI, T.P.Z.; SILVA, D. B.; SILVA, M. Z. As práticas integrativas e complementares: ferramentas de trabalho do terapeuta ocupacional em núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica (NASF-AB). **Anais XI Seminário Nacional Sociologia & Política**. Curitiba (PR) UFPR, 2020. Disponível em: <https://www.event3.com.br/anais/11snsnp/236433>. Acesso em: 07 jan. 2021.

LAW, M. *et al.*; CARDOSO, A.; MAGALHAES, L. (org. e trad.). **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. 2009; v. 1, n. 63.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, M. C. do *et al.* Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 751-772, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SAMPAIO, A. T. L. Educação em saúde: caminhos para formação integrativa. In: BARRETO (org.). **Práticas integrativas em saúde**: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: Ed. UFPE, 2014.

SILVA, D. B. **A terapia ocupacional no Brasil na perspectiva sociológica**. 2017. 476 fls. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Curitiba, 2017.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares

em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112,3 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 05 abr. 2021.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2021.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M. C. de; NASCIMENTO, M. C. do. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. **Revista saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 174-188, set. 2018. Acesso em: 02 mar. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Disponível em: <https://www.ufpr.br/portalfufpr/noticias/com-metodologiaativa-disciplina-inedita-aborda-praticas-integrativas-em-saude/>. 2019.

CAPÍTULO 12

AVALIAÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO SOB A ÓTICA DO USUÁRIO: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO

**André Luis Cândido da Silva,
Amanda de Cassia Azevedo da Silva, Suéllyn Mattos de Aragão,
Kátia Renata Antunes Kochla, Solena Ziemer Kusma Fidalski**

Introdução

Os desafios e barreiras impostos ao Sistema Único de Saúde (SUS) estão relacionados, historicamente, à carência de recursos financeiros, e às gestões administrativa e operacional. Existe uma ameaça ao sistema público de saúde, cada vez mais alterosa, atrelada aos riscos de sua diminuição/extinção, ainda mais salientes quando há repasse vultoso de recursos para o sistema privado (Morais e Teixeira; 2021; Paim, 2018).

A conjuntura contemporânea da saúde no Brasil, revela “práticas orientadas para o desmonte” do SUS (Paim, 2018), em um panorama de fragilidade econômica e social. Haja vista a maneira como a expansão ininterrupta do setor privado é custeada pelo Estado, o setor público se torna cada vez mais subfinanciado, o que lamentavelmente compromete excepcionalmente sua capacidade de proporcionar a merecida qualidade do cuidado e o acesso universal da população aos seus serviços (Morais; Teixeira, 2021; Paim, 2018). Contudo, merece destaque uma consideração de que a sociedade, especificamente, o usuário, seja ouvido, buscando-se com isso o aperfeiçoamento dos serviços públicos de saúde e o desenvolvimento de mecanismos com o intuito de se alcançar uma maior valorização do SUS, levando-se em conta a perspectiva do usuário desse sistema (Morais; Teixeira, 2021).

A participação social no SUS é garantida na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, do controle social, representada por Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, que são capazes de aproximar a população da implementação de políticas públicas (Brasil, 1990). Desse momento em diante, o envolvimento da comunidade com o sistema de saúde foi ampliado e democratizado, passando a ser chamado de “controle social” (Lima e Lima, 2017), difundindo assim o ponto de vista do usuário na avaliação da implementação das políticas públicas governamentais no Brasil (Espiridião; Vieira-da-Silva, 2019).

A gestão participativa, que envolve gestores, trabalhadores e usuários, muitas vezes é insuficiente nos processos decisórios. Os conselhos e conferências de saúde, instâncias representativas dos

usuários, muitas vezes se encontram “presas a questões gerenciais do sistema”. O sistema muitas vezes faz com que o cidadão seja desconsiderado pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional que, em vez de questionar e fazer com que a opinião do usuário seja levada em consideração, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza (Vasconcelos, 2004). A inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão proporciona a ampliação da implicação e responsabilização do cuidado.

Processos de avaliação na saúde são utilizados para melhorar as práticas de atenção e podem, no âmbito do SUS, auxiliar no cumprimento de seus regramentos. Na saúde, a avaliação visa melhorar as práticas de atenção e gerar processos condizentes com os preceitos do SUS, como equidade, resolutividade, universalidade, integralidade, acessibilidade e participação social. Está previsto que, para a construção de redes assistenciais eficazes e integradas em todos os níveis de atenção, é necessário o desenvolvimento de mecanismos voltados para a garantia da qualidade (Felisberto, 2004).

Avanços na metodologia dos processos avaliativos permitem observar que a opinião do usuário sobre o sistema de saúde não tem sido valorada devidamente (Ferraz *et al.*, 2013). Apesar de existirem estudos que tratem da avaliação de serviços pré-hospitalares, grande parte apresenta foco no atendimento móvel pré-hospitalar, e aqueles que têm as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) como objeto de pesquisa são, muitas vezes, voltados para a avaliação do serviço por meio da percepção da equipe de profissionais de saúde e/ou gestores (Carreno *et al.*, 2015; Abreu *et al.*, 2012).

Vislumbrar o serviço de saúde por meio da percepção do usuário também possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria e otimização do serviço prestado. Essa premissa é reforçada pela característica dos diferentes serviços que compõem um sistema de saúde, por apresentarem particularidades para a organização e para a gestão. Assim, atendem diferentes clientela e tipos

de problemas (agudo, crônico), apresentando necessidades complexas e variáveis (Dussault, 1992).

Deste modo, estima-se que a avaliação do serviço na perspectiva do usuário contribui com o desenvolvimento de estratégias para o aprimoramento do SUS (Oliveira *et al.*, 2017). Estabelecer e utilizar uma ferramenta para monitoramento na rotina dos serviços, inclusive de UPAs, permite maior agilidade para a implementação de melhorias, utilizando-se de indicadores que reflitam sobre as dimensões analisadas e representem os processos instalados (Brasil, 2009).

O desenvolvimento de um instrumento validado com foco no usuário busca suprir lacunas de gestão e corroborar com as ferramentas já existentes para administrar o pensar e o fazer (Brasil 2010), inclusive, das UPAs. Sendo assim, este capítulo tem o objetivo de apresentar o processo de elaboração e validação de um instrumento de avaliação de estrutura, processo e qualidade de atendimento de Unidades de Pronto Atendimento, com ênfase nas percepções do usuário.

Métodos

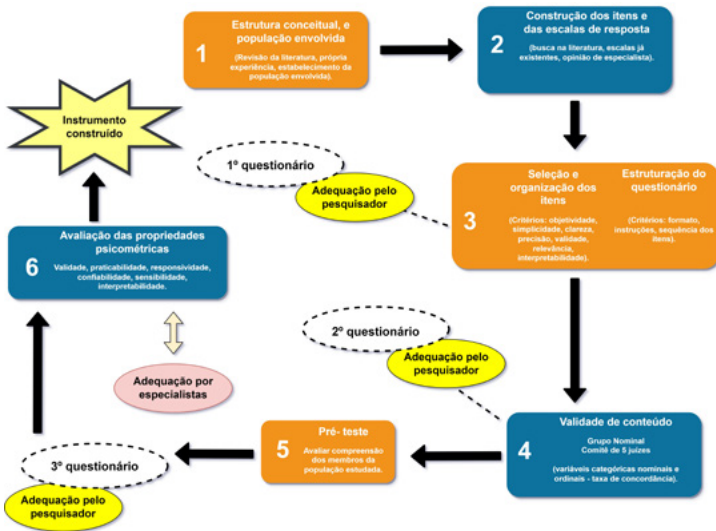
Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico, descritivo e exploratório, o qual foi baseado na pesquisa “Construção de instrumentos de medida na área de saúde”, proposta pelas autoras Coluci, Alexandre e Milani (2015). A construção do instrumento foi estabelecida em 6 diferentes etapas: 1 – Definição da estrutura conceitual e da população envolvida; 2 – Construção dos itens e escala de respostas; 3 – Estruturação do instrumento de pesquisa; 4 – Validade de Conteúdo; 5 – Pré-Teste; 6 – Avaliação das Propriedades Psicométricas.

Esta pesquisa foi realizada em conformidade com as normas para pesquisa envolvendo seres humanos e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (CAAE 91131818.6.0000.0102).

Na **Figura 1** estão detalhadas as fases do processo de construção do instrumento.

Figura 1 – Delineamento do estudo



Fonte: O autor (2019), adaptado de Coluci *et al.* (2015).

Local do estudo

O estudo foi realizado em quatro municípios (Araucária, Campo Largo, Pinhais e São José dos Pinhais) da região metropolitana de Curitiba, Paraná. As cidades participantes foram selecionadas de forma espontânea e voluntária, depois de apresentado o projeto em reunião do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) da 1ª e 2ª Regionais de Saúde – Litoral e Curitiba, realizada em 16 de fevereiro de 2018. Na ocasião, representantes dos quatro municípios supracitados, com população superior a 100.000 habitantes, demonstraram interesse em participar e colaborar com a pesquisa.

Amostra

A pesquisa envolveu três grupos distintos de participantes: 1) os juízes, que atuaram na etapa de “validação de conteúdo”, 2) os usuários, que contribuíram com a verificação da ferramenta, nas

fases de “pré-teste” e de “avaliação das propriedades psicométricas”, e 3) especialistas que contribuíram com a adequação final do instrumento.

Juízes

Foi solicitado para que cada município integrante da pesquisa destacasse um profissional de saúde com vivência e experiência na área de urgência e emergência, para atuar como juiz durante a elaboração do instrumento. Além dos 4 participantes, considerando que o trabalho possuía como intenção consolidar uma ferramenta sob a ótica do usuário, foi convidado também um representante do controle social (conselheiro municipal de saúde do município de Araucária/PR) para contribuir com a construção do instrumento. O quadro 1 apresenta a caracterização dos juízes participantes na pesquisa.

Usuários

Foram coletados dados de 244 usuários (61 em Araucária, 62 em Campo Largo, 62 em Pinhais e 59 em São José dos Pinhais), com as pesquisas ocorrendo de segunda a sábado, em dois períodos distintos: 200 entrevistas (1ª amostragem) entre os dias 30 de janeiro de 2019 e 23 de fevereiro de 2019 (manhã, tarde), e 44 entrevistas (2ª amostragem) entre os dias 19 de junho de 2019 a 9 de julho de 2019 (noite).

Foram incluídos nesse estudo os participantes que atenderam aos seguintes requisitos: ser usuário da Unidade de Pronto Atendimento; ser, de forma civil, absolutamente capaz; apresentar idade maior que 18 anos; aceitar participar da pesquisa mediante ciência do termo de consentimento livre e esclarecido. O critério de exclusão para o estudo foi: não ser alfabetizado. Os participantes foram convidados a responder ao questionário.

Especialistas

Concomitante à fase de coleta de dados e avaliação das propriedades psicométricas, dois especialistas, sendo 1 médica e 1

enfermeiro com vasta vivência e atuação em serviços de saúde, inclusive na urgência e emergência, e ensino, pesquisa e extensão, participaram da revisão final do instrumento de pesquisa.

Desenvolvimento do Instrumento

Etapa 1 – Estabelecimento da estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e dos participantes

A primeira etapa tratou de estabelecer a estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e dos participantes. Considerando a singularidade envolvida com a concepção das UPAs no Brasil, a pesquisa bibliográfica utilizou o sistema integrado de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que também abrange base de dados internacionais (como o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica – MEDLINE, sigla em inglês, e a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS), além do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e *Google Scholar*, nas línguas portuguesa e inglesa, sem filtro temporal. Para a busca das pesquisas, foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações: unidade de pronto atendimento; UPA; paciente; usuário; validação; avaliação. A busca pelos trabalhos aconteceu entre novembro de 2017 a janeiro de 2018. Os critérios de inclusão foram: artigos, dissertações e teses publicados na íntegra e que tratam a temática abordada.

Etapa 2 – Construção dos itens e das escalas de resposta

Foram utilizados como recursos desta etapa a busca na literatura, utilização de questionários já existentes para outros serviços, opinião de especialistas e resultados de pesquisas prévias. Optou-se por trabalhar, em grande parte, com escalas tipo Likert, as quais oferecem ao pesquisador a condição de avaliação de concordância ou conformidade com a situação em diferentes pontuações, sendo, comumente, utilizados cinco pontos (Streiner *et al.*, 2015). Considerou-se sua versatilidade com relação às possibilidades de aplicação (podem ser utilizados atributos como aceitação, intensidade, semelhança ou probabilidade) e facilidade de entendimento. Apesar dos autores supracitados não recomendarem utilizar escalas

do tipo “não posso dizer”, que poderiam representar “uma quantia média”, ou “tudo depende”, ou que o item não se aplica ou que o entrevistado não entende o item, foi utilizada a escala “não consigo avaliar” em muitas questões, com o intuito de se aprimorar a interpretabilidade desta ferramenta junto ao público-alvo.

Etapa 3 – Seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento

Neste momento, foi definida a variedade dos itens criados que apresentava concordância com a proposta pesquisada, considerando critérios de objetividade, clareza, relevância e interpretabilidade. Coluci *et al.* (2015) citam que uma boa representação de constructo apresenta cerca de 20 itens. Também foi definida a estrutura e sequência do questionário (1º questionário).

Etapa 4 – Procedimento de validade de conteúdo

Após organizado e estruturado o questionário, ainda se espera que existam mais itens do que ele apresentará no seu formato final. Sendo assim, o instrumento foi testado com o intuito de se verificar se os itens definidos contemplavam e/ou representavam a proposta do constructo.

A validade de conteúdo verifica se “as perguntas do instrumento são representativas dentro do universo de todas as questões que poderiam ser elaboradas” sobre determinado assunto (Alexandre e Coluci, 2011).

A etapa de validação de conteúdo se deu em dois momentos: uma avaliação preliminar a distância e um encontro presencial de cerca de 4 horas, em formato de grupo nominal (GN). Para esse momento, recomenda-se utilizar um comitê envolvendo 5 a 10 juízes. Sendo assim, foi utilizada a técnica de grupo nominal ou técnica de decisão em grupo, muito utilizada para pequenos grupos. Este método, desenvolvido na década de 1960 nos Estados Unidos, envolve a reunião de indivíduos, com intenção de contemplar um debate entre os participantes. Foi criada para aumentar a produtividade do grupo, facilitar a decisão grupal, estimular a geração de ideias

críticas, servir como instrumento no agrupamento de ideias e evitar que uma única pessoa domine o debate. Propõe assim o surgimento de ideias coletivas, permitindo a interação de diferentes saberes, a priorização das ideias por meio de votação independente e, por fim, a formação de consensos (Jones e Hunter, 1995; Campos *et al.*, 2010; Coluci *et al.*, 2015).

Na presente pesquisa participaram dessa etapa 5 juízes, conforme detalhado anteriormente.

Avaliação preliminar a distância (fase pré-GN)

O documento proposto inicialmente foi enviado por correio eletrônico para os juízes participantes. Cada integrante, sem qualquer discussão prévia, analisou os itens de forma independente. Cada um dos indicadores foi classificado em duas escalas categóricas (nominais e ordinais). Na avaliação por meio da classificação categórica nominal, cada indicador foi classificado de acordo com a sua pertinência e importância como indispensável, necessário ou dispensável.

Na avaliação através de classificações categóricas ordinais, os mesmos indicadores foram avaliados com a nota de 0 a 6: 0 – sem importância; 1 – quase sem importância; 2 – pouca importância; 3 – média importância; 4 – importante; 5 – muito importante; 6 – importantíssimo.

Grupo Nominal presencial

Segundo Coluci *et al.* (2015), esta etapa onde se reúnem os juízes é fundamental. Normalmente, os itens elencados pelo pesquisador não estão todos em harmonia nem apresentam unanimidade com relação ao desempenho. Desta forma, o pesquisador precisa ficar atento aos distintos critérios de avaliação existentes, para selecionar os melhores itens.

Foi solicitado aos juízes que observassem os questionamentos e respostas do instrumento em construção, de forma que o mesmo viesse a apresentar objetividade, simplicidade, clareza e relevância. O objetivo da adoção desses critérios foi eliminar qualquer ambiguidade ou incompreensão por parte do usuário.

Após o momento de reflexão sobre o instrumento, os juízes puderam explorar os resultados da primeira rodada e revisar a avaliação de forma individual, podendo confirmar ou alterar a classificação atribuída inicialmente.

Findo o grupo nominal (fase pós-GN), os pesquisadores definiram o novo modelo teórico e atributos que deveriam fazer parte do mesmo. Buscou-se o consenso do grupo através da utilização do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC ou método de concordância por proporção é útil para examinar quanto à utilidade e validade de ferramentas de avaliação, ele mede a porcentagem de juízes que estão em concordância sobre os itens do instrumento. O cálculo é feito pela soma do total de juízes que concordam com o item, dividido pelo total de juízes. O IVC foi considerado como adequado quando as respostas apresentavam concordância igual ou superior a 80% (Wynd *et al.*, 2003; Souza *et al.*, 2017). De acordo com Souza *et al.* (2017), “a avaliação de um instrumento, como aplicativo em saúde, acontece quando uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo”. Não há um teste estatístico para realizar esta avaliação.

Etapa 5 – Pré-teste

Fase em que foi realizada a análise semântica dos itens. Foram utilizadas as respostas dos 10 primeiros usuários entrevistados na pesquisa para, ao final dos questionamentos, verificar a compreensão/entendimento dos itens e das palavras.

Etapa 6 – Avaliação das propriedades psicométricas

Nessa etapa da avaliação das propriedades psicométricas foram consideradas a **validade do instrumento proposto** e a **confiabilidade**. Segundo Souza *et al.* (2017), a validade refere-se à propriedade de um instrumento para aferir exatamente o que se propõe e a confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente, no tempo e no espaço.

Quanto à **validade do instrumento**, Souza *et al.* (2017) propõem verificar a validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo.

A validade de conteúdo refere-se ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido, ou seja, é a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo. A validade de conteúdo do presente instrumento neste estudo foi realizada por meio da *técnica do grupo nominal*, apresentada anteriormente (Souza *et al.*, 2017).

A validade de critério consiste na relação entre pontuações de um determinado instrumento e algum critério externo. Esse critério deve consistir em uma medida amplamente aceita, com as mesmas características do instrumento de avaliação, ou seja, um instrumento ou critério considerado “padrão ouro” (Souza *et al.*, 2017). A validade de critério ficou prejudicada nesse estudo. Em revisão da literatura não foi possível encontrar nenhum instrumento que avaliasse as UPAs, assim não existe instrumento padrão ouro que possa ser comparado ao instrumento definido no presente estudo.

A validade de constructo é a extensão em que um conjunto de variáveis realmente representa o constructo a ser medido. A proposta é investigar os padrões ou relações latentes para um número grande de variáveis e determinar se a informação pode ser resumida a um conjunto menor de fatores. Para tanto foi necessária a aplicação da análise fatorial confirmatória, rotação varimax (SOUZA *et al.*, 2017). Nessa análise foram avaliados os testes *Kaiser-Meyer-Olkin*, valores superiores a 0,80 são considerados significativos e Teste de *esfericidade de Bartlett*, valor de *p* menor que 0,01 foi considerado significativo.

No que diz respeito à **confiabilidade**, foram abordados três critérios: 1) Estabilidade; 2) Consistência Interna; 3) Equivalência.

A estabilidade foi realizada pelo teste-reteste, onde 10 respondentes foram convidados a responder o instrumento novamente de 3 a 5 dias após a primeira aplicação. O teste utilizado para verificar

a estabilidade do instrumento foi o *Kappa*. Trata-se de uma medida de concordância entre a 1ª e a 2ª aplicação do instrumento. A concordância assume valor máximo quando igual a 1,00, valores próximos ou abaixo de 0,00 indicam a inexistência da concordância, além disso valores de *p* menor que 0,05 são considerados significativos.

A consistência interna é uma propriedade de medida para instrumentos que avaliam um único construto, utilizando para isso uma diversidade de itens. O teste que avalia a consistência interna é o *Alpha de Cronbach*. Valores superiores a 0,70 são considerados ideais.

A equivalência refere-se ao grau de concordância entre dois ou mais observadores quanto aos escores de um instrumento.

Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel® e analisados pelo programa computacional *Statistical Package for the Social Science - SPSS®* (IBM® SPSS® Statistics v. 25.0, SPSS Inc, Chicago, EUA).

Resultados

O instrumento elaborado pelos pesquisadores contava com 37 indicadores, dividido em 2 seções: I – caracterização do indivíduo e II – estrutura, processo e qualidade de atendimento. Uma vez definido, o instrumento foi encaminhado aos juízes avaliação e participação na técnica do grupo nominal.

Validade de Conteúdo - Grupo Nominal

O encontro presencial foi realizado em 13 de setembro de 2018. Neste momento, os pesquisadores reuniram as avaliações iniciais dos indicadores, realizadas pelos cinco juízes (**Quadro 1**), classificadas em categorias nominais e ordinais.

Quadro 1 – Características dos juízes participantes da validação de conteúdo

Característica	Resultado (n)
Escolaridade	Doutorado (1) Especialização (2) Ensino superior incompleto (1) Ensino médio técnico (1)
Formação	Enfermagem (3) Filosofia (1) Técnico em enfermagem (1)
Experiência no serviço público (profissionais da saúde)	> 10 anos (3) 5 a 10 anos (1)
Experiência no controle social (juiz do controle social)	> 10 anos (1) Atuação na presidência de conselho municipal de saúde.

Fonte: O autor (2019).

Na análise das frequências de respostas do grupo nominal, foram aceitos os resultados que apresentavam concordância mínima de 80% (0,8) entre as respostas (média obtida das avaliações através das classificações categóricas nominais e ordinais) (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados das avaliações de classificações categóricas nominais e ordinais

INDICADOR	IVC CCN PRÉ ¹	IVC CCN PÓS ²	IVC CCO PRÉ ³	IVC CCO PÓS ⁴	MÉDIA IVC CCN/CCO PÓS ⁵
1. Você veio até a UPA através de encaminhamento de outro serviço de saúde do município?	1	1	0,8	1	1
2. Qual(is) o(s) serviço(s) da UPA que você utilizou?	0,6	0,8	0,6	0,8	0,8
3. Qual sua avaliação sobre as salas/consultórios onde você foi atendido(a)?	1	1	0,8	0,8	0,9
4. Qual sua avaliação sobre as condições de limpeza da UPA?	0,8	1	0,8	0,8	0,9
5. Você sente que sua privacidade foi respeitada durante o atendimento que recebeu na UPA?	1	1	1	1	1
6. Você consegue encontrar com facilidade as salas a que precisa se dirigir na UPA (Ex.: consultórios, banheiros)?	1	0,8	1	0,6	0,7 [†]

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

7. Qual a sua avaliação sobre a segurança na UPA?	1	0,8	1	0,8	0,8
8. Qual sua avaliação sobre a localização da UPA?	1	0,8	1	0,8	0,8*
9. (Se você foi à UPA com veículo próprio) Você teve dificuldade para encontrar local para estacionar próximo à UPA?	1	0,2	0,6	0,2	0,2†
10. Considerando a distância, o trânsito e o meio de transporte que você utiliza, o deslocamento de sua casa para a UPA costuma ser:	0,6	0,8	0,6	0,8	0,8
11. Você acha que a sinalização externa da UPA facilita a sua localização?	1	0,8	1	0,6	0,7†
12. Como você avalia a adequação da UPA para a acessibilidade e mobilidade das pessoas com deficiência física ou dificuldades de locomoção?	1	1	1	1	1
13. O tempo de espera para ser atendido na recepção da UPA foi:	1	1	1	0,8	0,9
14. O atendimento que você recebeu na recepção foi:	1	1	1	1	1
15. Você considera que o tempo de espera para seu primeiro atendimento (classificação de risco) foi:	1	1	1	1	1
16. Você considera que o tempo de espera para o atendimento médico foi:	1	1	1	1	1
17. Qual sua avaliação sobre a comunicação com a UPA por e-mail ou telefone?	0,4	0,2	0,4	0,2	0,2†
18. Havia disponível para os usuários da UPA algum material informativo (folders, folhetos, etc.) com assuntos diversos relacionados à saúde?	1	1	1	1	1
19. Quantos profissionais de saúde lhe prestaram atendimento?	0,8	0,4	0,8	0,4	0,4†
20. Você sabe quais profissionais lhe atenderam?	1	0,8	1	0,6	0,7†
21. Como você avalia o atendimento dos profissionais de saúde que lhe atenderam (AF = assistente de farmácia; AS = assistente social; AE = auxiliar de enfermagem; CD = cirurgião dentista; EN = enfermeiro; MD = médico; TE = técnico de enfermagem).	1	1	1	1	1
22. Você foi informado(a) sobre o modo que é realizada a classificação de risco (prioridades de atendimento) na unidade?	1	1	1	1	1
23. Recebeu orientações de cuidado?	1	1	1	1	1,0*
24. Você ficou em observação?	0,8	0,8	1	1	0,9*
25. Você necessitou realizar exames complementares?	0,8	0,8	1	1	0,9*
26. Caso tenha realizado exames/procedimentos, você considera que a UPA possui equipamentos adequados para a realização destes?	0,8	0,8	0,8	0,6	0,7†

27. Você percebeu se houve falta de algum material durante o seu atendimento na UPA?	1	0,2	1	0,2	0,2†
28. Foi prescrito algum medicamento?	0,8	1	0,8	1	1
29. Em caso de prescrição de medicamento(s), o(s) mesmo(s) foi(ram) retirado(s) na Farmácia da UPA?	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
30. Em caso de prescrição de medicamentos, você foi atendido(a) na farmácia por:	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
31. Em caso de prescrição de medicamento, foi orientado(a) sobre o uso correto do medicamento prescrito?	1	0,8	1	0,8	0,8
32. Foi prescrita alguma injeção?	0,6	0,4	0,6	0,2	0,3†
33. Você acredita que o tratamento com injeção é melhor do que o realizado com comprimidos ou soluções orais?	0,2	0	0,4	0	0†
34. Você compreendeu as orientações que recebeu dos profissionais que lhe atenderam na UPA?	0,8	1	0,8	1	1
35. O seu problema de saúde foi resolvido?	0,8	0,8	0,6	0,6	0,7†
36. Houve encaminhamento para Unidade Básica de Saúde ou outro Serviço?	1	1	1	1	1
37. De forma geral, como você avalia os serviços da UPA?	1	1	1	1	1

1 – IVC da avaliação de classificações categóricas nominais pré-GN. 2 – IVC da avaliação de classificações categóricas nominais pós-GN. 3 – IVC da avaliação de classificações categóricas ordinais. 4 – IVC da avaliação de classificações categóricas ordinais pós-GN. 5 – IVC médio contemplando as classificações categóricas nominais e ordinais, pós-GN. † questões eliminadas pelo GN (Média IVC CCN/CCO Pós < 0,8). * questões eliminadas pós-GN, depois de adequação do instrumento realizada pelo pesquisador.

Fonte: O autor (2019).

As classificações categóricas nominais aceitáveis foram “necessário” ou “indispensável”. Para as classificações categóricas ordinais, foram aceitas respostas com nota igual ou maior a 4.

Pensando em se estratificar questões relacionadas ao acolhimento e à humanização da equipe de saúde com relação ao usuário, foram incluídos questionamentos relacionados à empatia (Escala CARE – *Consultation and Relational Empathy*) (Scarpellini *et al.*, 2014), levando em consideração as particularidades encontradas no atendimento de urgência e emergência.

De 37 questões relacionadas aos indicadores de estrutura, processo e qualidade de atendimento, 11 foram excluídas pelo grupo nominal. O pesquisador realizou uma adequação pós-GN, retirando mais 4 questões redundantes. Restaram 22 questões e foi acrescentada ao final uma questão para que o usuário, caso desejasse, registrasse eventuais considerações finais sobre o atendimento recebido, somando um total de 23 perguntas. Foi possível verificar nesta etapa que havia questões mais relacionadas à história do indivíduo, em detrimento da percepção sobre a avaliação em si.

Com relação às escalas de intensidade (ótimo / bom; regular; ruim / péssimo; não sei responder), as mesmas foram alteradas, apresentando estratificação mais detalhada (ótimo; bom; regular; ruim; péssimo; não consigo avaliar). Na questão 2, que tratava dos serviços utilizados pelo usuário da UPA, foram acrescentados outros setores, com o intuito de se estabelecer alguma relação entre o serviço utilizado e o resultado encontrado na avaliação.

Adequação do Instrumento

O instrumento passou por três momentos de adequação pelo pesquisador:

Primeira adequação

A ferramenta foi ajustada depois da obtenção da primeira versão do questionário. Neste momento, foi realizada a leitura crítica com posteriores adequações nos enunciados e também nas respostas (escrita, alternativas, clareza da linguagem, perguntas repetidas).

Segunda adequação

Nesta fase, ainda foram identificadas perguntas duplicadas. Sendo assim, foram retiradas mais quatro questões que, de certa forma, já estavam inseridas em outros questionamentos. Houve também a percepção sobre a necessidade de se reorganizar a sequência dos itens, objetivando reduzir o esforço físico e/ou mental dos usuários participantes. Além disso, as questões foram distribuídas buscando se manter uma sequência lógica e coerência de ideias

entre os domínios pertencentes ao instrumento (estrutura, processo e qualidade de atendimento). As alternativas de resposta também foram revisadas nesta etapa.

Com o intuito de se eliminar itens ambíguos, incompreensíveis, vagos e perguntas duplicadas, foram levados em consideração os seguintes critérios: comportamental, objetividade, simplicidade, clareza, precisão, validade, relevância e da interpretabilidade (Coluci *et al.*, 2015).

Terceira adequação

Realizada após a etapa do pré-teste, em que participaram 10 usuários respondentes. Realizou-se uma última verificação buscando adequações do constructo, obteve-se o 3º questionário, o qual foi dividido em 2 partes: Primeira Parte – Caracterização do Indivíduo e, Segunda Parte – Avaliação da Unidade de Pronto Atendimento, a qual abrangeu questões vislumbrando dimensões de avaliação (estrutura e processo) e abordando diferentes elementos de responsividade (exemplo: questões relacionadas ao acolhimento – respeito, privacidade, comunicação, compreensão).

Foi encontrada a oportunidade de melhoria: inclusão da “Internet” como fonte de informação do usuário sobre a utilização de medicamentos.

Contribuição dos especialistas

Houve contribuições gerais voltadas para o melhor entendimento do usuário, alteração da ordem de perguntas, com vistas a tornar a entrevista menos cansativa e, por último, a inclusão de descrições complementares em questões que os usuários vinham apresentando dificuldade com a resposta.

Neste momento também foi excluída a questão que tratava sobre a formação do profissional de saúde que havia atendido o usuário na farmácia, por se tratar de uma informação muito específica e que não contribuiria com a avaliação do objeto como um todo.

Ao final, o instrumento contou com 23 indicadores.

Entrevista com usuários

Na **Tabela 2** estão contempladas as características gerais da população entrevistada nas UPAs, foram entrevistados um total de 244 usuários. Houve predominância de idade média de 37 anos, abrangendo idades entre 18 e 75 anos, sendo 144 (59%) mulheres. A maioria (N=134, 53,5%) da população era casada ou apresentava união estável, majoritariamente da raça branca, ensino médio completo, renda familiar de até 2 salários-mínimos e composto por trabalhadores com carteira assinada. A maior parte não possuía plano de saúde privado e apresentava doenças crônicas, sendo hipertensão a mais prevalente. O tempo médio de aplicação do instrumento em cada participante foi de 5 a 10 minutos.

Tabela 2 – Perfil da população entrevistada e avaliação do atendimento – Avaliação das propriedades psicométricas (Etapa 6)

Variável	Níveis	F	%
Sexo	Feminino	144	59,0
	Masculino	100	41,0
Raça	Amarela	6	2,5
	Branca	141	57,8
	Indígena	2	0,8
	Parda	74	30,3
	Preta	17	7,0
	Prefiro não responder	4	1,6
Gestante	Não se aplica	100	41,0
	Não	138	56,5
	Sim (1º trimestre)	3	1,25
	Sim (2º trimestre)	3	1,25
Escolaridade	Ensino médio completo	111	45,5
	Ensino médio incompleto	16	6,6
	Fundamental (1ª a 9ª série) incompleto	51	20,9
	Fundamental (1ª a 9ª série) completo	34	13,9
	Pós-graduação completa	4	1,6
	Superior completo	13	5,3
	Superior incompleto	15	6,1
Renda familiar*	Até 2 salários-mínimos	162	66,4
	De 10 a 20 salários-mínimos	1	0,4
	De 2 a 4 salários-mínimos	64	26,2
	De 4 a 10 salários-mínimos	17	7,0

Ocupação	Aposentado(a), trabalhou a maior parte da vida com carteira assinada.	6	2,5
	Aposentado(a), trabalhou a maior parte da vida como autônomo.	4	1,6
	Aposentado(a), trabalhou a maior parte da vida como funcionário(a) público(a).	2	0,8
	Autônomo(a).	49	20,1
	Desempregado(a).	29	11,9
	Do lar.	21	8,6
	Empregado(a) doméstico(a).	2	0,8
	Estudante.	9	3,7
	Funcionário(a) público(a).	3	1,2
	Outra.	2	0,8
	Trabalhador(a) com carteira assinada.	117	48,0
Possui plano de saúde particular?	Não	228	93,4
	Sim	16	6,6
Possui doença crônica?	Não	84	34,4
	Sim	160	65,6
Doenças mais prevalentes	Hipertensão arterial sistêmica	32	13,1
	Diabetes	7	2,9
	Depressão	9	3,7
	Rinite/bronquite	20	8,2

Fonte: O autor (2019).

Legenda: F = Frequência; % = Percentual em função das respostas válidas;

*salário mínimo na ocasião do estudo = R\$ 998,00.

Avaliação das Propriedades Psicométricas

A avaliação das propriedades psicométricas foi realizada conforme exposto nos métodos do estudo. A validação de constructo foi realizada pela análise fatorial confirmatória, rotação varimax. Nessa análise foram avaliados os testes *Kaiser-Meyer-Olkin*, o valor encontrado foi 0,69 e *Teste de esfericidade de Bartlett*, o valor encontrado foi <0,01. Quando avaliada a variância total explicada cumulativa, identificou-se que 59,2% dos itens foram explicados. Esse resultado demonstra que o instrumento não pode ser uma escala que traz um resultado final agrupado, mas sim um instrumento que avalia por meio de perguntas independentes a qualidade de atendimento e de infraestrutura das unidades de pronto atendimento.

Ao avaliar detalhadamente os fatores agrupados, o primeiro deles identificou que 5 indicadores podem ser avaliados conjuntamente, eles estão relacionados à avaliação dos profissionais de saúde que atendem os usuários: 1. O profissional deixa você à vontade; 2. O profissional deixa você contar a queixa principal; 3.

○ profissional demonstra que quer ouvir a sua queixa; 4. ○ profissional explica as coisas claramente; 5. ○ profissional ajuda você a manter o controle.

No que diz respeito à confiabilidade, iniciou-se pelo cálculo da estabilidade. Para tanto, um total de 10 participantes, sendo 1 usuário de Araucária, 1 de São José dos Pinhais, 1 de Campo Largo e 7 usuários de Pinhais, responderam o instrumento duas vezes: a primeira vez e novamente de 3 a 5 dias após a primeira aplicação.

O Teste Kappa foi aplicado e se identificou que a concordância da resposta antes e depois variou entre 0,34 a 1,00. Um total de 12 itens, dentre 22 avaliados, apresentou concordância perfeita (1,00, com valor de $p < 0,01$), somente 1 item, o qual estava relacionado com a segurança da UPA, apresentou inexistência da concordância. A **Tabela 3** apresenta os resultados alcançados.

Tabela 3 – Avaliações do Teste-Reteste, Teste Kappa – Estabilidade do instrumento

INDICADOR	Teste Kappa	Valor de p
1. Considerando a distância, o trânsito e o meio de transporte que você utilizou, o deslocamento até a UPA foi:	1,00	<0,01
2. Qual a sua avaliação sobre a segurança na UPA?	-	-
3. Como você avalia a adequação da UPA para a acessibilidade e mobilidade das pessoas com deficiência física ou dificuldades de locomoção?	0,34	<0,01
4. Qual sua avaliação sobre as salas/consultórios onde você foi atendido(a)?	0,53	<0,01
5. Qual sua avaliação sobre as condições de limpeza da UPA?	0,63	0,01
6. Você veio até a UPA através de encaminhamento de outro serviço de saúde?	1,00	<0,01
7. Qual(is) o(s) serviço(s) da UPA que você utilizou?	1,00	<0,01
8. Você sente que sua privacidade foi respeitada durante o atendimento que recebeu na UPA?	1,00	<0,01
9. O tempo de espera para ser atendido(a) na recepção da UPA foi:	1,00	<0,01
10. O atendimento que você recebeu na recepção foi:	0,53	0,01
11. Você considera que o tempo de espera para seu primeiro atendimento (classificação de risco) foi:	0,53	<0,01
12. Você considera que o tempo de espera para o atendimento médico foi:	0,71	<0,01
13. Em geral, como você avalia os profissionais de saúde que lhe atenderam?	1,00	<0,01
14. Havia disponível para os usuários da UPA algum material informativo (folders, folhetos, etc.) com assuntos diversos relacionados à saúde?	0,55	0,01

15. Você foi informado(a) sobre o modo que é realizada a classificação de risco (prioridades de atendimento) na unidade?	0,73	0,01
16. Foi prescrito algum medicamento?	1,00	<0,01
17. Em caso de prescrição de medicamento(s), o(s) mesmo(s) foi(ram) retirado(s) na Farmácia da UPA?	0,41	0,08
18. Em caso de prescrição de medicamento(s), você foi atendido(a) na farmácia, principalmente, pelo(a):*	1,00	<0,01
19. Em caso de prescrição de medicamento(s), foi orientado(a) sobre o uso correto do medicamento prescrito?	1,00	<0,01
20. Em geral, você compreendeu as orientações que recebeu dos profissionais que lhe atenderam na UPA?	1,00	<0,01
21. Houve encaminhamento para outro serviço de saúde?	1,00	<0,01
22. De forma geral, como você avalia os serviços da UPA?	1,00	<0,01
23. Caso deseje, complemente alguma resposta ou registre aqui suas considerações finais.	NA	NA

NA = Não se aplica. *questão excluída após adequação por especialistas.

Fonte: O autor (2019).

Quanto à consistência interna, quando todos os itens foram avaliados conjuntamente, identificou-se um Alpha de Cronbach de 0,47. Esse resultado confirmou o encontrado na análise fatorial, o instrumento proposto não pode ser considerado uma “escala de avaliação”, conforme identificado anteriormente.

Os cinco indicadores relacionados à avaliação dos profissionais de saúde que atendem os usuários, conforme identificado na análise fatorial, apresentou um resultado de consistência interna de 0,83.

A equivalência refere-se ao grau de concordância entre dois ou mais observadores quanto aos escores de um instrumento (Souza *et al.*, 2017). No caso da validação desse instrumento a equivalência não foi possível de se consolidar, uma vez que o instrumento é autoaplicável e não depende de um observador.

Discussão

O presente estudo apresentou o processo de elaboração e validação de um instrumento de avaliação de estrutura, processo e qualidade de atendimento de Unidades de Pronto Atendimento, voltado para as percepções do usuário. Existem algumas críticas direcionadas aos instrumentos voltados para os usuários, às vezes

reconhecidos de forma simplista e reducionista como uma “pesquisa de satisfação do usuário” e “insuficientes para captar as reais percepções da população e para provocar mudanças na organização”. Apesar disso, se reconhece que, apesar dos aspectos políticos e técnicos dos serviços de saúde não despertarem, em alguns momentos, o interesse dos usuários e da sociedade, a acessibilidade, a resolubilidade e o acolhimento não costumam passar despercebidos pelos mesmos, inclusive no âmbito do atendimento humanizado (Calvo *et al.*, 2016).

A primeira parte do instrumento focou nas obtenção de informações demográficas (ex: idade, sexo, raça, estado civil) e socioeconômicas (ex: escolaridade, renda). Justifica-se essa etapa por tratarem de dados utilizados para avaliações e planejamentos dos serviços (Calvo *et al.*, 2016), além de se procurar estabelecer correlações entre a primeira e segunda partes do questionário.

A revisão da literatura corroborou com a relevância e ineditismo existentes na definição dos indicadores, tendo em vista a incipiência de publicações. Naquele momento, foi definido o contexto do instrumento e sustentado o desenvolvimento dos itens. Considerando o horário ininterrupto de funcionamento das UPAs, a amostragem envolvendo entrevistas no período noturno foi sugerida no momento da contribuição dos especialistas. A aplicação do questionário se mostrou efetiva.

Difícilmente um indicador isolado fornecerá a explicação que se deseja, sendo mais provável que o agrupamento de vários indicadores forneça essa explicação (Calvo *et al.*, 2016, p.79). A complexidade no desenvolvimento de indicadores emana pela utilização de técnicas consolidadas para esta finalidade. A etapa de validação de conteúdo, que foi desenvolvida pela técnica do Grupo Nominal, permitiu identificar possíveis indicadores de forma rápida, prática e confiável, com o auxílio dos juizes que participaram da pesquisa.

Os indicadores devem possuir especificidade (ter associação clara com o evento), validade (ser aplicável para a realidade em questão), poder discriminatório (ser capaz de identificar as diferenças do

que se deseja medir), comparabilidade, aceitação, facilidade na coleta dos dados, adequação para a realidade social, econômica e cultural, respeito à confidencialidade das informações do paciente (Souza *et al.*, 2017; Coluci *et al.*, 2015; Calvo *et al.*, 2016). Considerando estes aspectos, houve êxito nas etapas de construção e validade de conteúdo, além da avaliação da reprodutibilidade da ferramenta. Foi possível identificar de forma favorável que dentre os 23 indicadores, 5 deles tem uma boa consistência interna quando avalia-se os profissionais de saúde que atendem nas UPAs. A validação psicométrica confirmou que o instrumento elaborado nesta pesquisa não pode ser considerado uma escala única que apresenta um resultado final agrupado, mas sim um instrumento que avalia por meio de perguntas independentes a qualidade de atendimento e de infraestrutura das unidades de pronto atendimento.

Como limitações deste estudo, não foi possível realizar a validade de critério que consiste na relação entre aferições de um determinado instrumento e algum critério ou controle externo, por não existir nenhum instrumento que possa ser utilizado como padrão ouro. Com relação à falta de consistência interna dos indicadores do instrumento agrupado, acredita-se que a validação foi dificultada em decorrência da utilização de perguntas muito variadas, relacionadas à estrutura, processo e qualidade de atendimento. Os grupos de indicadores relacionados à estrutura, ao processo e à qualidade de atendimento não estão necessariamente correlacionados quanto ao seu desfecho. Eles são independentes e podem ser avaliados separadamente.

Em virtude da importância conceitual optou-se por manter os 23 indicadores no instrumento após a fase de validação psicométrica, mesmo não atingindo uma validação completa.

Considerações finais

Diante do exposto é necessário destacar a importância de se envolver a sociedade na avaliação de serviços públicos, visando o desenvolvimento dos mesmos com excelência e qualidade. Desta forma, torna-se fundamental o desenvolvimento de ferramentas, com vistas a alcançar uma maior valorização do SUS e dos serviços

oferecidos, levando-se em conta a perspectiva do usuário.

Contemplando as especificidades dos serviços, acredita-se que um instrumento deve estar voltado para a realidade a qual se deseja avaliar. A proposta de elaborar novas escalas padronizadas para o instrumento como um todo se apresenta promissora.

A pesquisa de avaliação envolvendo serviços de saúde é desafiadora. Como tratado neste trabalho, houve a definição de um modelo teórico apresentando atributos para a elaboração do instrumento. Ainda tratando de objetivos específicos, foi possível realizar a referida validação de conteúdo, utilizando da técnica do Grupo Nominal. Importante destacar este método para o desenvolvimento de instrumentos, considerando a participação equânime dos profissionais de saúde envolvidos.

A Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde apresenta como um de seus pilares a “participação e controle social dos usuários sobre os serviços”, além do “monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção” (Brasil, 2017). Sendo assim, o trabalho apresentou relevância e se mostra inserido como uma ferramenta que vislumbra o aprimoramento dos serviços.

Além do desenvolvimento de instrumentos de avaliação, planejamento e gestão, apesar de não ser o foco deste estudo, é importante salientar que deve existir a “qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização”, atuando de forma sinérgica para a melhoria dos serviços (Brasil, 2017).

Os resultados obtidos na definição do instrumento de avaliação permitem estabelecer novos horizontes voltados para a melhoria da assistência à saúde da população assistida pelo SUS, mais precisamente nas UPAs, inserindo e evidenciando a importância do usuário neste processo.

Referências

ABREU, K.P.; PELEGRINI, A. H. W.; MARQUES, G. Q. *et al.* Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev Gaucha Enferm.**, Porto Alegre/RS, v. 33, n. 2, p. 146-152, jun. 2012.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **DOU**, Brasília, v. 128, n. 249, p. 25694-25695, dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out 2017.

CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F. R. L.; ANDRADE, S. R. **Gestão e avaliação na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância [Recurso eletrônico]. 3. ed. Florianópolis: Universidade

Federal de Santa Catarina, 2016.

CAMPOS, R. T. O.; MIRANDA, L.; GAMA, C. A. P. *et al.* Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. **Estud. pesqui. psicol.**, v. 10, n. 1, abr. 2010.

CARRENO, I.; VELEDA, C. N.; MORESCHI, C. Características da equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 88-94, 2015.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev Adm Pub**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

ESPERIDIÃO, M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, 2018.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev Bras Saúde Mat Inf**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-21, 2004.

FERRAZ, L; KLEBA, M. E.; FERRETTI, F.; FRANK, N. L. P. Avaliação dos serviços de saúde na ótica dos usuários. **R Pol Publ**, São Luís, v. 17, n. 2, p. 414-423, 2013.

JONES, J.; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research. **Brit Med Journal**, v. 311, p. 376-80, 1995.

LIMA, D. F. de; LIMA, L. A. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico a Resolução no 453/2012. **Saúde debate**, v. 41, n. 115, p. 1168-1176, 2017.

MORAIS, A. S. DE; TEIXEIRA, C. F. Posicionamento dos

representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde da Bahia diante do agravamento do subfinanciamento do SUS em 2016-2018. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 30, n. 1, e200479, p. 1-12, 2021.

OLIVEIRA, W. A.; SALES, L. C. S.; BRANDAO, E. C. Avaliação da satisfação dos usuários no atendimento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas do município de Valparaíso de Goiás – GO. **Rev Saúde Faciplac**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 27-35, 2017.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-28, 2018.

SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017.

SCARPELLINI, G. R.; CAPELLATO, G.; RIZZATTI, F. G. *et al.* Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. **Medic.**, v. 47, n. 1, p. 51-8, 2014.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R.; CAIRNEY, J. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2015.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 14, v. 1, p. 67-83, 2004.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **West Jour Nurs Research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

CAPÍTULO 13

A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA

**Mauren Letícia Ziak, Rogério Miranda Gomes,
Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque,
Renata Bellenzani**

Introdução

No Brasil, o tema da humanização na saúde emerge desde o início do movimento da Reforma Sanitária, durante a redemocratização do país. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição de 1988, compreendendo a saúde como direito universal, traz à tona a necessidade de uma organização dos serviços que respeite os direitos dos usuários e a qualidade da atenção no sentido da universalidade, integralidade e igualdade (Deslandes, 2005). Desde sua criação, o SUS enfrenta desafios para efetivação destes princípios, sendo o tema da desumanização-humanização um dos mais discutidos no processo de sua implantação (Pascche *et al.*, 2011).

Em 2003, em um movimento amplamente capilarizado, foi criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, que se tornou um marco do debate, proposição e implementação de ações, sobre a humanização dos serviços de saúde. Esta política teve, à época, como objetivo, melhorar a qualidade do cuidado em saúde, bem como articular iniciativas de humanização no SUS a fim de enfrentar problemas de organização e gestão do trabalho em saúde.

Em 2023, notemos, a PNH completa 20 anos. Ou completaria? É importante essa indagação pois, passadas duas décadas, com profundas mudanças sociais e políticas no Brasil, é preciso observar mais detidamente qual o status atual da PNH. A agenda da humanização fez-se transversal às várias políticas e programas do SUS, partindo de uma base institucional governamental – nos âmbitos do Ministério da Saúde e níveis estaduais e municipais – mas, também, fez-se como um movimento em defesa, e de produção, de estratégias de humanização que adquiriu vigor para fora do Estado brasileiro, envolvendo instituições acadêmicas, de formação, e científicas (como a ABRASCO¹, por exemplo) associações de usuários e trabalhadores da saúde, conselhos populares, movimentos sociais e militantes organizados, atuações partidárias e movimentos comunitários mais localizados em nível municipal. Esse movimento, muito impulsionado pelos avanços das comunicações, tecnologias e plataformas virtuais de informação, se convencionou chamar de

Rede HumanizaSUS, Coletivo HumanizaSUS e derivações. Teve uma expansão e aglutinação de caráter fortemente colaborativo na formulação e disseminação de informações, materiais e experiências exitosas de humanização da atenção e da gestão em várias partes do Brasil (Teixeira *et al.*, 2016).

É preciso, no entanto, além de recuperar historicamente esse processo vigoroso, analisar seus limites, desde o surgimento, e registrar o arrefecimento desta política nos últimos oito anos e, ainda, a ausência de uma publicização governamental que aponte alguma retomada de seus rumos. A intensa capilaridade da PNH pelo país, se deu na era petista na presidência do Brasil, encerrada em 2016, sucedendo-se um significativo desmonte de várias políticas sociais, incluindo as de saúde, por motivos bem mais complexos que incluem, mas não se esgotam, na ascensão de governos ultraliberais e, mais recentemente, de extrema direita, em substituição aos governos de conciliação de classes do ciclo petista. O desmonte de várias instâncias do SUS se materializou publicamente, na prática jurídico-institucional da gestão pública, em anulações e revogações de diversos atos normativos (leis, regulamentos, portarias, decretos ou atos administrativos outros).

Isso remete a um fato notório, inclusive, recentemente comentado por Dario Pashe, um dos primeiros coordenadores gerais da PNH no Ministério da Saúde, em um debate da ABRASCO, em abril de 2022². Ele dizia que se alguém procurasse uma portaria de promulgação da PNH não iria encontrar nada, justificando que em 2003 esta política foi criada “sem portaria”, “sem decreto”, buscando instituir-se por outras lógicas de incorporação e legitimação, mais democráticas, que escapassem à captura centralizadora e autoritária da máquina estatal. Portanto, uma vez nunca existentes os atos normativos de sua criação, o desmonte da PNH não veio à público por revogações de seus respectivos, à semelhança de outras políticas que mesmo consolidadas e com evidências de resultados positivos na saúde dos brasileiros, foram extintas, mas se deu *pari passu* a desmobilização e destituição do núcleo duro de seus idealizadores e apoiadores que do interior da Secretaria Executiva do MS mobilizavam e coordenavam a PNH na relação com instâncias em níveis estaduais e municipais.

Atualmente, embora encontremos na produção científica alguns trabalhos que tangenciam o tema da humanização na relação com práticas e serviços pesquisados, não encontramos nenhum estudo dos últimos anos, com abrangência nacional, estadual ou municipal que tenha produzido algum diagnóstico da situação mais recente da PNH. Sem estudos a esse respeito, não temos como dimensionar os níveis de manutenção/continuidade ou enfraquecimento/extinção das estratégias e dispositivos outrora implantados como arranjos de práticas de cuidados, de gestão de serviços, no funcionamento das redes, nas instâncias de planejamento e pactuações, em conselhos, fóruns e comitês, como os de humanização, outrora criados enquanto existia uma estrutura no Ministério de Saúde que alavancasse essa agenda.

O registro mais recente de um debate em torno da PNH parece ser a gravação em vídeo da iniciativa da Ágora ABRASCO, como já mencionado, ocorrida ainda antes do processo eleitoral presidencial em 2022, e que registrou além do anseio dos participantes pelo fim do governo Bolsonaro, a esperança de retomada da PNH com sua capacidade de produzir um “reencantamento” pelo SUS em várias partes do Brasil, expressão bastante utilizada por Regina Benevides, Gustavo Cunha, Rosana Onocko, além de Dário Pasche. Também é válido registrar o balanço reflexivo feito neste evento acerca dos desmontes gerais no SUS e em específico da estrutura ministerial da PNH, sendo destacadas resistências e lutas locais para preservar a PNH em algumas localidades, via maior protagonismo de algumas gestões estaduais frente ao abandono (não só) desta agenda pelo governo Bolsonaro. A magnitude dos problemas do SUS que a PNH buscou enfrentar quando surgiu em 2023 também foi abordada, com o reconhecimento dos debatedores de que mesmo com avanços, as situações mais prejudiciais à consolidação do SUS hoje, são maiores em quantidade e significativamente mais graves e estruturais se comparadas àquelas de 2003. Destaque seja dado ao crescimento da tendência de terceirização e privatização do SUS, criando um cenário muito prejudicial ao trabalho, aos trabalhadores do SUS, com contratos precarizados que ameaçam direitos trabalhistas e previdenciários (Lourenço, 2015; Druck, 2016) e concorrem com

o desenvolvimento e sustentação no tempo de ações de cuidado e gestão baseadas na valorização das pessoas envolvidas na produção de saúde, como sentido central dado à humanização via a PNH e Rede HumanizaSUS.

Aqui, comecemos a circunscrever melhor a temática do presente trabalho, envolvendo a variedade de concepções e práticas em torno da noção de humanização. Elencamos, então, uma das concepções mais destacadas pelos seus idealizadores: a humanização do SUS como a valorização máxima das pessoas (todas e quaisquer), usuários, trabalhadores e gestores; e dos encontros de produção de saúde e gestão do trabalho em saúde como, imanentemente, encontros de produção de sujeitos – outra noção bastante citada em várias das produções audiovisuais, técnicas e acadêmicas sobre a humanização e a PNH. A polissemia do termo humanização e o reconhecimento de embates prós e contra, sem consensos em alguns pontos, foram revisitados pelos debatedores e reafirmam o que está registrado em diversas pesquisas e produções técnicas, acerca da multiplicidade de significados associados ao termo humanização na área da saúde, bem como os impasses e potenciais gerados por essa multiplicidade (Deslandes, 2005; Diniz, 2005) – o que levou, olhando ao movimento mais amplo da PNH e Rede HumanizaSUS, a distintas e, não raro, contraditórias propostas e práticas consideradas humanizadoras. Diante desta polissemia de conceitos, é fundamental compreender quais são as diferentes concepções de humanização presentes na Saúde Coletiva brasileira, bem como seus desdobramentos práticos, a fim de compreender suas capacidades e limites na transformação do cuidado em saúde. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar e analisar as diferentes concepções e propostas de humanização na saúde coletiva brasileira através de uma revisão sistemática da literatura, seguida por uma análise crítica de conteúdo (Bardin, 2016).

Justifica-se o mesmo pelo seguinte: o regime da democracia (neo)liberal no Brasil, com sua história democrática recente e peculiar, rumou novamente para um governo de centro-esquerda, de conciliação de classes, e são grandes os anseios e expectativas em torno de quais serão os rumos em defesa do SUS em geral e em

particular da retomada de algumas políticas associadas ao período petista, entre elas a PNH. Estudos sobre a humanização no SUS e como constructo para a Saúde Coletiva podem munir as lutas em sua defesa, via contribuições, portanto, da ciência.

Metodologia

A revisão da literatura foi realizada através da busca de artigos científicos executada dia 04/12/2018 em quatro bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Pubmed Medline, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). A estratégia de busca consistiu na seguinte associação de descritores oficiais do Decs e termos livres: (“humanization of assistance” OR “humanization”) AND (“public health” OR “social medicine” OR “community medicine” OR “community health”).

A pergunta norteadora da revisão foi: quais os conceitos e práticas de saúde afirmados como humanizadores na Saúde Coletiva brasileira? Os critérios de inclusão foram: ser artigo brasileiro, ter disponibilidade integral online e ter humanização como tema central. Os critérios de exclusão foram: ser tese, dissertação, livro, editorial, apresentar fuga ao tema principal. Não houve delimitação de data. Revisores participaram do processo de seleção dos artigos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão de forma independente.

Foram então selecionados 86 artigos, que formaram o corpus final, e os dados extraídos da análise dos periódicos foram: ano de publicação, tipos de periódicos, temas centrais, conceitos e práticas afirmadas como humanizadoras no corpo do artigo. Após tabulação em planilha, os dados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo categorial temática (Bardin, 2016; Lopes, Fracolli, 2008).

Resultados

O conjunto dos 86 artigos analisados pode ser evidenciado no quadro 1. Percebe-se que, apesar de o estabelecimento do SUS ter ocorrido com a constituição de 1988, a discussão da humanização adquiriu maior expressividade com a publicação da PNHAH (Política Nacional de Humanização no Atendimento Hospitalar) e

com a 11ª Conferência de Saúde, ocorridas nos anos 2000 e 1999, respectivamente. O ano de 2009 teve o maior número publicações, fato que pode estar relacionado ao lançamento do Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS pelo Ministério da Saúde em 2008, seguido em 2009 pelo lançamento de uma série de textos e cartilhas sobre aspectos da política de humanização, tais como cartilhas específicas sobre acolhimento, clínica ampliada, rede de apoio, etc. Isso demonstra que a humanização é uma problematização relativamente recente na produção científica da Saúde Coletiva brasileira, e a formulação de políticas de gestão tem exercido papel importante no fomento desta discussão.

Quadro 1 - Artigos analisados na revisão

Ano	Autores/Título/Revista
2002	Rizzotto, MLF. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. Rev. Bras. Enferm, 55(2).
2003	Queiroz MVO; et al.. Cuidado de enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: perspectivas de humanização. Rev Baiana Enferm, 1(18).
2004	Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cienc. Saúde Colet, 9(1), 2004
	Benevides R; Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface - Comun Saúde, Educ, 9(17): 389-394, 2005
2005	Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciênc. Saúde Colet, 10(3), 2005
	Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciên Saúde Colet, 10(3), 2005.
2006	Pereira AL de F. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. REME Rev Min Enferm, 10(3), 2006
	Bernardes AG, Guareschi N. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. Psicol Ciênc Prof, 27(3), 2007
2007	Müller CP et al. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. Rev Eletrônica Enferm, 9(3), 2007
	Roque e Lima, JO et al. Aprendendo o cuidado humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem. Ciênc Cuid Saúde, 6(1). 2007

- 2008
- França ISX de et al. Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB. Rev RENE, 9(4). 2008.
- Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Pública, 24(3). 2008
- Martins JJ et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. ACM Arq Catarin Med, 37(1). 2008
- Parada CMG de L, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. Interface - Comun, saude, educ. 12(24). 2008
- Romano VF. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. Saúde e Soc, 17 (2). 2008
- Silva RCL et al. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. Reflexão Esc Anna Nery, 12(1). 2008
- Almeida, CAL; Tanaka, OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev Saude Publica, 43(9). 2009
- Beck CLC, Lisboa RL, Colomé IC dos S, Silva RM da, Tavares JP. Os enfermeiros e a humanização dos serviços de saúde do município: um estudo exploratório. Ciênc Cuid Saúde, 8(2). 2009
- Beck CLC et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. Rev Gaúch Enferm, 30(1). 2009
- Bispo CGC et al. Estratégias para humanização: propostas pelos alunos do quarto ano do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá. Rev med Minas Gerais; 2009
- Carvalho DB et al. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. Psicol Cienc Prof, 29(1). 2009
- Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface comun saúde educ, 13(1). 2009
- Chaves PC, Nehmy RMQ. A experiência de implantação de diretrizes da política de humanização no Hospital das Clínicas da UFMG. Rev med Minas Gerais, 19(4). 2009
- Falk MLR et al.. A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. Interface comun saúde educ, 13(1). 2009
- Gonçalves AVF, Ramos MZ. Os diferentes modos de trabalhar e expressar a humanização no Hospital de Clínica de Porto Alegre. Rev Med Minas Gerais, 19(4). 2009
- Lima RCD. SUS e as Teias de Diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. Interface Comun Saúde Educ, 13(1). 2009
- Nehmy RMQ et al. Uma experiência de extensão, iniciação científica e de formação humanista de estudantes de medicina: o projeto Abraçarte. Rev Med Minas Gerais, 19(4). 2009
- 2009
- Neves CAB. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? Interface Comun Saúde Educ, 13(1). 2009
- Neves CAB, Massaro A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. Interface Comun Saúde Educ, 13(1). 2009
- Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. Interface Comun Saúde Educ, 13(1). 2009
- Pasche DF. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. Rev Med Minas Gerais, 19(4). 2009
- Pedroso RT, Vieira MEM. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. Interface Comun Saúde Educ, 13(1). 2009
- Pekelman R et al. A arte de acolher através da visita da alegria. Rev APS; 2009
- Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interface Comun Saúde Educ, 13(1). 2009
- Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Interface Comun Saúde Educ, 13(1). 2009
- Veiga N et al. Humanização e cuidado em saúde infantil: uma revisão sistemática da literatura. REME Rev Min Enferm, 13(3). 2009

- 2010 Bessa LF, Mamedí MV. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? *Rev Baiana Enferm*, 24(1,2,3). 2010
- 2010 Garcia AV et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis*, 20(3). 2010
- Lima TJV et al. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Saúde e Soc*, 19(4). 2010
- Andrade MAC et al. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Cien Saude Colet*, 16(1). 2011
- Capilé CS et al. Enfermagem e humanização no cuidado à mulher durante o parto. *Rev Baiana Enferm*. 25(2). 2011
- Junges JR et al. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. *Interface Comun Saúde Educ*, 15(38). 2011
- 2011 Martins LA, et al. Opinião de profissionais da saúde sobre a humanização no parto e nascimento e sua operacionalização. *Rev Enferm UFPE*. 2011
- Pasche DF et al. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Cien Saude Colet*, 16(11). 2011
- Romero NS, Pereira-Silva NL. O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicol Soc*, 23(2). 2011
- Veras RM, Traverso-Yépez MA. O cotidiano institucional do Método Mãe Canguru na perspectiva dos profissionais de saúde. *Psicol Soc*, 23. 2011
- 2012 Bellenzani R, Mendes RF. Entre o empenho, o acolhimento e a impotência: dilemas de agentes comunitárias de saúde na produção do cuidado e da humanização. *Cad Ter Ocup UFSCar*, 20(2). 2012
- Caus ECM et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Pesquisa Esc Anna Nery*, 16(1). 2012
- Celín SH et al. Fonoaudiologia e humanização: percepção de fonoaudiólogas de um hospital público. *Rev CEFAC*, 14(3). 2012
- Filippon J, Kantorski LP. Humanização e loucura, em busca do humano que dialoga saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*, 22(2). 2012
- Junges JR, Barbiani R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. *O Mundo da Saúde*, 36(3). 2012
- 2012 Ortona C, Fortes PAC. Jornalistas que escrevem sobre saúde conhecem a Humanização do Atendimento. *Saúde Soc*, 21(4). 2012
- Pereira MMS. Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *CuidArte, Enferm* 6(2). 2012
- Prata JA et al. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev Enferm UERJ*; 20(1). 2012
- Barbosa GC et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*, 66 (1). 2013
- Cotta RMM et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Cien Saude Colet*, 18(1). 2013
- Gibaut MAM; Mussi FC. Políticas públicas para a família no contexto da saúde. *Rev Baiana Enferm*, 27(3). 2013
- 2013 Mello BLD et al. Humanização: nós abraçamos esta ideia. *Arq Ciências Saúde UNIPAR*, 17(3). 2013
- Nora CRD, Junges JR. Política de Humanização na Atenção Básica: Revisão Sistemática. *Rev Saude Publica*, 47(6). 2013
- Progianti JM, Hauck FT. A implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na cidade de juiz de fora. *Rev Enferm UERJ*. 2013
- Rios IC, Battistella LR. Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Saúde Soc*, 22(3); 2013

de Paiva Rêgo L et al. Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002-2012. *Rev baiana saúde pública*, 38(3). 2014

Lima CC et al. Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. *Interface Comun Saúde Educ*, 18(48). 2014

2014 Morschel A; Barros MEB. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*, 23(3). 2014

Oliveira JR et al. Qualidade de assistência em um centro de atenção secundária em saúde. *Rev Soc Bras Clin Med*, 12(4). 2014

Polgliane RBS et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Cien Saude Colet*, 19(7). 2014

Silveira RE, Contim D. Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. *Rev Pesqui UFRJ*, 7(1). 2015

Figueredo WN et al. Permanecer SUS: a (re)formação em saúde sob a perspectiva do acolhimento e da humanização. *Rev Enferm UFSM*, 5(3). 2015

2015 Sato M; Ayres JRCM. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. *Interface - Comun Saúde, Educ*, 19(55). 2015

Verdi M et al. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). *Epidemiol Serv Saúde*, 24(3). 2015

Zanfolim LC et al. Compreensão de agentes comunitários de saúde sobre a Política Nacional de Humanização. *Rev Gaúcha Enferm*, 36(3). 2015

2016 Batista LE et al. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde Soc*, 25(3). 2016

da Silva RN et al. A policy analysis of teamwork as a proposal for healthcare humanization: implications for nursing. *Int Nurs Ver*, 63(4). 2016

Doricci GC et al. Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo. *Physis*, 26(4). 2016

Moimaz SAS et al. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. *Cien Saude Colet*, 21(12). 2016

Balbi L et al. A Literatura como Estratégia para Reflexões sobre Humanismo e Ética no Curso Médico: um Estudo Qualitativo. *Rev Bras Educ Med*, 41(1). 2017

Lopes MTSR, Labegalini CMG, Baldissera VDA. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. *Rev Enferm UERJ*, 25. 2017

Lopes TRG et al. Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru: relato de experiência. *Rev Enferm UFPE*, 11(11), 2017

2017 Martins CP, Luzio CA. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Interface Comun Saúde Educ*, 21(60). 2017

Morais, JMO et al. Parto humanizado sob a ótica de puérperas atendidas em uma maternidade pública. *Rev enferm UFPE*, 11(11). 2017

Silva LKM da et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis*, 27(3). 2017

Vargens OMC et al. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Esc Anna Nery*, 21(1). 2017

2018 Ferreira LR, Artmann E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Cien Saude Colet*, 23(5). 2018

Miranda FS, Rocha DG. O uso do Facebook na promoção da saúde: uma revisão bibliográfica sobre empoderamento e participação popular. *Reciis*, 12(2). 2018

Pereira RM et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet*, 23(11). 2018

Reis-Borges GC et al. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. *Distúrbios da Comunicação*, 30(1). 2018

Fonte: Os autores (2023).

Em relação às técnicas de pesquisa, a maioria dos artigos teve caráter teórico-reflexivo, com uma frequência absoluta de 25 artigos (29,07% dos estudos), seguido da entrevista semi estruturada, com 18 artigos (21%), e do relato de caso, com 11 artigos (12,8% dos estudos). Outras técnicas utilizadas foram: revisão (10,5%); análise documental (7%); questionário (7%); grupo focal (3,5%); história oral (2,3%); pesquisação (2,3%); e etnografia (2,3%).

A presença majoritária de pesquisas que utilizam metodologias de abordagem qualitativa, sobretudo teórico-reflexivas, parece indicar a necessidade de aprofundamento do entendimento da humanização, bem como a necessidade de exploração de hipóteses e interpretações para um fenômeno complexo como a desumanização nos serviços, podendo inclusive possuir relação com o caráter polisêmico do termo.

Observamos que 36 periódicos publicaram artigos sobre a humanização, sendo que a revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, foi o periódico que mais publicou sobre o tema, correspondendo a 19,8% do total de artigos, seguida da revista Ciência e Saúde Coletiva, com 10,5% das publicações.

As concepções e elementos da humanização na saúde

Os artigos discutem a humanização a partir de enfoques variados: o cuidado, a assistência, a prática de uma categoria profissional específica, a discussão mais teórica e geral sobre humanização, entre outros, como demonstra o Gráfico 1. Como alguns artigos apresentaram mais de um aspecto em torno do qual discutem a humanização, foi preciso contabilizar mais de um enfoque por artigo.

Gráfico 1 - Principais temáticas dos artigos em Humanização na Saúde Coletiva



Fonte: Os autores (2023).

Considerando a influência que as políticas públicas exercem no funcionamento dos serviços e na produção científica, não surpreende o fato de grande parte das reflexões e conceitos relacionados à humanização presentes nos artigos guiar-se por elementos constituintes da PNH.

O segundo tema mais discutido na relação com a humanização é o cuidado na gestação e puerpério, expressando a importância da discussão sobre a violência obstétrica e de gênero. O terceiro tema mais presente nos artigos - as práticas profissionais de enfermagem - relaciona-se ao fato de a política de humanização salientar as tecnologias relacionais, voltadas à melhoria da comunicação e do cuidado, através de mudanças de atitude, o que coloca essa categoria profissional como importante protagonista, dado seu papel histórico na organização do cuidado e no gerenciamento dos serviços.

Já o importante desenvolvimento da Atenção Básica como principal mecanismo de ampliação de acesso nas últimas décadas,

principalmente com o advento da Estratégia de Saúde da Família, explica o aumento dos estudos discutindo a humanização a partir desse nível assistencial.

Apesar de em menor número, houve artigos relacionados a outras temáticas, como: a educação, cultura e arte; serviços específicos, como a atenção hospitalar, UTIs, de saúde infantil, de cuidado ao idoso; de saúde mental; voltados a grupos sociais específicos, como o caso da população LGBTQIA+ e mulheres negras; e também temas voltados a práticas específicas de outros profissionais de saúde. Este dado demonstra o caráter transversal do tema, abrangendo variados contextos de atenção à saúde, distintos grupos populacionais e diversas categorias profissionais.

Nos artigos, foram apontados 160 elementos ou práticas considerados humanizadores. Aquele com maior frequência absoluta foi o acolhimento, seguido da cogestão/gestão participativa e da corresponsabilidade/partilha de decisões. Outros 157 elementos foram obtidos dos artigos, tais como respeito, defesa dos direitos do usuário, vínculo, diálogo, autonomia, melhora na atenção e mudanças relacionais, com horizontalidade e transversalidade das práticas. Na Tabela 1, apresentamos os 20 elementos com maiores frequências absolutas.

Tabela 1 - Principais elementos humanizadores citados nas publicações em Humanização na Saúde Coletiva por frequência absoluta

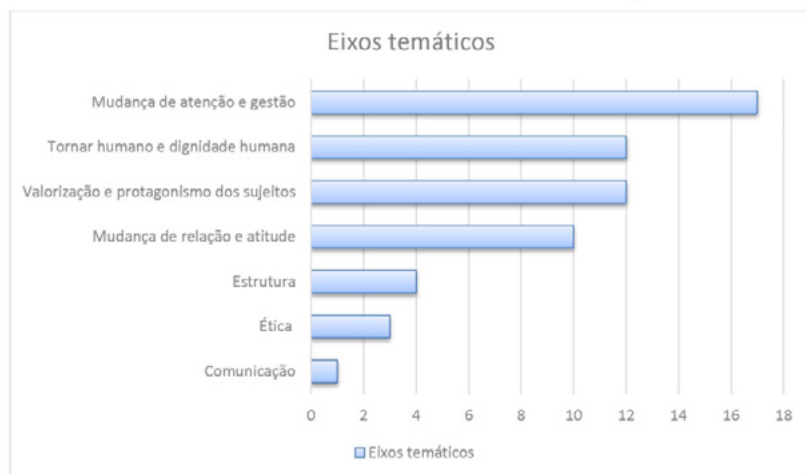
Elemento humanizador	Frequência Absoluta
1. Acolhimento	42
2. Co-gestão / Gestão Participativa / Participação Popular	38
3. Corresponsabilidade / Partilha de Decisões	31
4. Respeito (crenças, culturas, sexualidade, diversidade, raça, subjetividades)	28
5. Defesa de direitos do usuário	27
6. Vínculo	26
7. Diálogo / rodas de conversa	26
8. Autonomia	25

9. Atitude / Cultura de atendimento / Atenção	25
10. Mudança de relações / democratização / horizontalidade / transversalidade	24
11. Ambiência / melhora no espaço físico	24
12. Integralidade / atendimento holístico	22
13. Relações humanas qualitativas / Bom relacionamento / Atenção digna	22
14. Capacitação / Ações educativas / Palestras	21
15. Protagonismo	20
16. Mudança na gestão	20
17. Melhora na comunicação	20
18. Melhora na escuta	20
19. Atendimento com qualidade / Qualidade total	20
20. Ética / Bioética	18

Fonte: Os autores (2023).

Em relação às concepções de humanização, 46 artigos, 53% do total, não apresentaram conceituação explícita do termo humanização, apesar de todos terem como objeto principal a discussão de humanização na saúde coletiva. Dentre os 40 artigos (47%) que apresentaram algum conceito de humanização, 12 apresentaram duas ou mais conceituações. Tanto esta multiplicidade de conceituação presente em alguns artigos, como a ausência total na maioria, reflete, por um lado, uma heterogeneidade teórica e conceitual em relação ao tema; e, ao mesmo tempo, uma tendência empirista da maioria dos estudos, dedicados à discussão das práticas assistenciais sem alicerce teórico-conceitual que as oriente. Nos artigos analisados, observamos 59 conceituações de humanização e as alocamos em eixos temáticos (Gráfico 2), seguindo a metodologia de análise de conteúdo (Bardin, 2016).

Gráfico 2 - Eixos temáticos dos conceitos de Humanização em Saúde Coletiva, citados nas publicações



Fonte: Os autores (2023).

Após estudo minucioso destes eixos específicos, foi possível a consolidação em três eixos gerais que expressam a abordagem predominante da humanização na saúde coletiva brasileira. São eles: eixo relacional, organizacional e ético.

O primeiro eixo, relacional, traz reflexões a respeito das tecnologias relacionais, também chamadas de leves, por vários autores, envolvendo a relação entre os diferentes atores envolvidos no cuidado (usuários, trabalhadores e gestores), bem como sobre as formas de valorização de usuários e trabalhadores. Traz também a importância da ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos, por meio de mudanças de atitude, melhoria no cuidado e na comunicação, garantindo o respeito e a escuta.

O segundo eixo, organizacional, engloba mudanças na gestão e na atenção, de forma a suprir as necessidades dos usuários e trabalhadores. Aqui, a centralidade está na melhoria da capacidade organizativa e gerencial dos serviços.

O terceiro eixo discute a humanização a partir da ética, com suas diversas compreensões, prevalecendo as ideias de busca de respeito ao outro e construção da cidadania.

Apesar das condições estruturais dos serviços aparecerem em alguns artigos, aspectos importantes como o subfinanciamento do sistema de saúde, as condições de trabalho, e a melhora estrutural dos locais de atendimento não se encontram entre os 15 primeiros elementos com maior frequência absoluta de citação, evidenciando a secundariedade desses elementos nas discussões de humanização na saúde coletiva brasileira.

Discussão

Riquezas e limites da produção científica a respeito da humanização

Pode-se perceber que o conjunto dos artigos concentrados na dimensão relacional discute as chamadas tecnologias leves, ou seja, a relação entre os diferentes atores envolvidos no cuidado em saúde. Segundo Martins *et al.* (2008, p. 36), a humanização deve ser vista “como articuladora entre assistência, tecnologias e relações humanas entre usuários e profissionais”.

Desta forma, há um enfoque da humanização na relação entre as pessoas envolvidas no cuidado em saúde. Pekelman *et al.* (2009) discutem a racionalidade científica, advinda do positivismo, como causa deste enrijecimento das relações humanas no atendimento em saúde, devido à busca pela neutralidade e objetividade, características marcantes do modelo biomédico. Para estes autores, o enfoque nas relações humanas engendra a resistência a um modelo biomédico de atenção que tende a distanciar as pessoas, sendo esta uma das causas da desumanização nos serviços de saúde.

Deslandes (2004) debate esta questão a partir da comunicação, pois, quando se coloca o enfoque da humanização dos serviços nas relações humanas, há a individualização e a responsabilização fragmentada pela melhor interação e comunicação, como se fossem algo cuja solução se encontrasse no âmbito individual.

A segunda dimensão da humanização observada nos artigos, a organizacional, engloba mudanças na gestão e na atenção, através do atendimento às necessidades tanto pessoais quanto estruturais. Nesta grande dimensão, o foco está na capacidade organizativa e gerencial dos serviços de saúde. Apesar de as condições estruturais dos serviços aparecerem em alguns artigos, aspectos importantes como condições de trabalho, uso/acesso a tecnologias ou melhoria estrutural dos locais de atenção se encontram somente em 24°, 28° e 36° lugares de frequência absoluta. Isso demonstra que o centro das discussões da humanização gira em torno da gestão e rearranjo organizacional de acordo com as possibilidades estruturais existentes, pouco problematizando a necessidade de transformações no sistema de saúde que envolvam maior financiamento, e conseqüentemente, maior acesso a aparatos importantes para a produção de saúde.

Por fim, na terceira dimensão, a da ética, percebe-se o enfoque na construção de um cidadão responsável e voltado ao atendimento das necessidades de saúde trazidas pelos usuários.

Junges *et al.* (2011, 761), por exemplo, salientam que “(...) a ética do profissional deve ser pautada pelas conseqüências para o alcance da resolubilidade do problema que levou o usuário a procurar a unidade”. Assim, a internalização de boas condutas através da educação em saúde, o empoderamento e a responsabilização da equipe pela gestão dos serviços assumiria centralidade na humanização.

Majoritariamente, a produção acadêmica sobre humanização na saúde coletiva brasileira é fundamentada nas premissas compartilhadas na PNH. As mudanças de atitude, com escuta, diálogo, acolhimento, e a melhoria na gestão, com fomento à autonomia e protagonismo dos sujeitos são itens que constituem os princípios dessa política, em conjunto com a transversalidade.

Na dimensão organizacional, os dispositivos para efetivação dos princípios da PNH envolvem: Grupo de Trabalho de Humanização; Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação etc.;

Visita Aberta e Direito à Acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Projetos Cogерidos de Ambiência; Acolhimento com Classificação de Riscos; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projeto Memória do SUS que dá certo.

Apesar de o corpo do texto da PNH citar que melhores condições de trabalho e de estrutura nos serviços de saúde são necessárias à efetivação da humanização dos serviços, nestes dispositivos não aparecem, por exemplo, propostas voltadas: à redução de jornadas de trabalho (geralmente exaustivas entre trabalhadores da saúde); a vínculos empregatícios estáveis; ampliação do número de trabalhadores, cuja oferta é deficitária no SUS; ao combate à intensificação do trabalho; à melhoria salarial e de carreira etc. Todas condições que exercem influência sobre o grau de alienação e desumanização dos serviços de saúde (Gomes, 2017).

Não se trata de negar a importância de gerenciar adequadamente os serviços de saúde; no entanto, restringir as práticas humanizadoras à gestão local e às ações individuais, implica o ocultamento da determinação social do fenômeno, levando à responsabilização e culpabilização individual dos trabalhadores pela degradação dos serviços.

À medida que a maioria das análises restringe a humanização à perspectiva de mudanças de atitudes de trabalhadores e gestores, ou até mesmo à otimização da gestão do sistema de saúde e promoção de ética individual, ignorando suas determinações e limites, restringem a análise das raízes das práticas consideradas desumanizadas. Desse modo, ainda que inconscientemente,

(...) a humanização é utilizada como um manto ideológico que substitui a luta política entre os diversos interesses de setores como o dos trabalhadores, usuários do sistema, empresários dos planos de saúde, indústria médico farmacêutica, Estado etc., pela ideia de uma fraternidade contagiante (...) (Albuquerque, 2009, p. 175)

Algumas notas sobre as determinações da desumanização dos serviços de saúde

Segundo a metassíntese de Nora e Junges (2013), os aspectos da organização do trabalho que mais interferem na humanização envolvem: número insuficiente de profissionais, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, fragmentação dos processos de trabalho, trabalho em equipe, momentos coletivos, perfil e responsabilização profissional.

Conforme observamos, o tema da melhoria nas condições de trabalho ocupou a 24ª posição em termos de frequência absoluta, com 16 artigos citando este item como necessário para a humanização. Destes, apenas 3 artigos discutem mais detalhadamente as raízes das más condições de trabalho (Deslandes, 2004; Neves, Massaro, 2009; Prata, 2012).

Deslandes (2004), ao analisar o documento oficial, aponta que há poucas propostas práticas no sentido de fomentar melhores condições de trabalho, assim como critica a falsa oposição entre uso de tecnologias materiais e qualidade comunicacional no atendimento em saúde. Com isso, embora o documento oficial negue, acaba, em alguma medida, reproduzindo a ideia de que um sistema estruturalmente deficitário pode prover um cuidado integral por meio de dispositivos como a escuta qualificada, o acolhimento e a dedicação dos trabalhadores.

A melhoria das condições de trabalho possui relação direta com o financiamento do sistema de saúde. Tanto o déficit de trabalhadores – causa principal das longas filas de espera, uma das principais queixas da população – quanto de recursos estruturais (equipamentos, fármacos, leitos etc.) decorrem fundamentalmente do subfinanciamento crônico do SUS.

Dentre os 86 artigos analisados na revisão deste trabalho, apenas 4 apresentaram problematização sobre o subfinanciamento do SUS.

Prata, Progiante e Ferreira (2012), por exemplo, destacam as

dificuldades com oscilações no financiamento do setor, provocando congelamento das tabelas de remuneração do SUS e ausência de expansão dos investimentos, que resultaram no sucateamento da rede pública, na queda na qualidade da atenção, na sub-remuneração dos profissionais, entre outros problemas.

De fato, a garantia de equipamentos em quantidade suficiente para atendimento às necessidades populacionais se torna infactível para o Estado neoliberal, sobretudo em países periféricos e dependentes como o Brasil. Desta forma, a restrição do cuidado às tecnologias relacionais, pode levar à transferência para os trabalhadores da responsabilidade pela qualidade deficitária da atenção, culpabilizando-os e omitindo as raízes mais profundas da degradação dos direitos sociais.

Estes autores apontam o movimento contraditório de inclusão e exclusão no SUS, fruto do neoliberalismo e do paulatino subfinanciamento por parte do Estado mínimo, fazendo com que milhões de brasileiros de baixa renda tenham acesso ao sistema universal de saúde, ao mesmo tempo em que impulsiona os brasileiros com maior poder aquisitivo, a buscar planos privados, consolidando a saúde suplementar (Prata, Progianti e Ferreira, 2012).

O estabelecimento do superávit primário como diretriz central do Estado brasileiro nas últimas décadas, orientação que atravessou todos os governos desde a redemocratização a partir do fim dos anos 1980, coloca a chamada austeridade fiscal, voltada ao pagamento inquestionável dos juros da dívida pública, como determinante central do subfinanciamento das políticas sociais, entre elas o SUS.

Além da restrição de recursos das políticas sociais, em razão de seu direcionamento ao pagamento dos juros da dívida, outros mecanismos desenvolvem formas variadas de transferência do fundo público para a esfera privada e financeira. Dentre as diversas formas de privatização explícitas, cabe destacar: as renúncias e isenções fiscais para o mercado de seguros saúde privados (o gasto tributário); a transferência da prestação de serviços públicos para o setor da saúde privada complementar, que absorve a maioria dos recursos do SUS

no nível de alta densidade tecnológica e hospitalar; e a gestão privada de serviços públicos, sob múltiplas apresentações.

O panorama de subfinanciamento crônico levou à implementação de novos modelos de gestão e de contratação que satisfizessem as necessidades neoliberais de gerir um serviço público com recursos abaixo das reais necessidades populacionais. Com isso, se constituem no serviço público formas implícitas de mercantilização, como as diretrizes da chamada Nova Gestão Pública, ou gerencialismo, sob a ideologia do aumento da “eficiência” com redução de custos (Mendes e Carnut, 2018). Esse modelo de gestão pode ser compreendido como uma manifestação da acumulação flexível, a reestruturação produtiva do capitalismo contemporâneo, na gestão estatal. Assim, “na saúde, o campo de atuação privilegiado da lógica de reestruturação produtiva, expressa sob a ótica acumulativa do capital financeiro, tem sido o dos processos de cuidado e sua gestão” (Neves; Massaro, 2009, 505).

Em termos de contratação, isto se expressa em terceirizações, contratações temporárias e implementação de Organizações Sociais e Fundações Públicas de direito privado para gerir os serviços de saúde.

Destaca-se também a degradação das condições de trabalho decorrente das múltiplas formas de intensificação, que nos serviços de saúde ganham contornos particulares, como a chamada multifuncionalidade, com acúmulo de funções e flexibilidade/borramento de atribuições (utilizando-se, por exemplo, da integração entre núcleo e campo de saberes), além de formas de avaliação e remuneração baseada em metas/produtividade, envolvimento participativo (“vestir a camisa do SUS”, naturalizando as crônicas e precárias condições de trabalho), entre outras características marcantes da acumulação flexível.

Com isso, segundo Martins e Luzio (2017, 19), desenvolvem-se espaços marcados por “trabalhadores anestesiados, esgotados e silenciados, somados às condições de trabalho aquém das necessidades de saúde da comunidade, pela falta de financiamento adequado (...)”.

Desse modo, manifesta-se no trabalho em saúde contemporâneo, inclusive na rede pública, o perfil epidemiológico característico do capitalismo contemporâneo, onde prevalece o sofrimento crônico, em suas variadas apresentações, sobretudo o sofrimento psíquico (Viapiana *et al.*, 2018).

Considerações finais

Observamos que a produção acadêmica em Saúde Coletiva analisa a humanização principalmente em suas dimensões relacional, organizacional e ética, com enfoque no aprimoramento da gestão e nas mudanças de atitude, especialmente dos trabalhadores envolvidos no cuidado. Essa abordagem tem propiciado a construção de importantes diretrizes e práticas voltadas à transformação do cotidiano dos processos de atenção no SUS.

Contudo, algumas temáticas diretamente relacionadas com os limites à produção de serviços e práticas mais humanizadas são raramente abordadas na literatura. Nos artigos revisados, houve poucas reflexões a respeito de limites estruturais do SUS, como o subfinanciamento, decorrente das diretrizes neoliberais, e o desenvolvimento da acumulação flexível e do gerencialismo na saúde, e suas implicações – condições de trabalho degradantes, sobrecarga e adoecimento dos trabalhadores da saúde, obstáculos ao acesso etc. Essas implicações têm consequências inclusive sobre as possibilidades e limites de transformação no cuidado, como a ampliação do vínculo, a corresponsabilização, o estímulo à autonomia dos sujeitos.

Da mesma forma, as reflexões a respeito da necessidade de fortalecer vínculos e valores mais cidadãos dificilmente problematizam as determinações sociais dos valores, atitudes e comportamentos, como as relações sociais mercantilizadoras e privatizantes predominantes em nossa sociedade, responsáveis pela corrosão das formas de solidariedade e pelo estímulo às condutas individualistas e objetificadoras. Ao se evitar essa reflexão, corre-se o risco de reproduzirem-se análises responsabilizadoras e culpabilizantes dos sujeitos.

Futuros estudos que busquem aprofundar a análise das determinações mais profundas da chamada desumanização dos serviços poderão fornecer novos caminhos para a compreensão e transformações da atenção rumo a um cuidado mais integral e solidário na saúde.

Pesquisas sobre a PNH e a humanização parecem especialmente bem vindas neste momento de sua possível retomada, inclusive aquelas que efetuem análises mais aprofundadas. Pesquisas que desvelem ambiguidades e contradições, lacunas, avanços e equívocos, são necessárias mais do que para produzir saltos qualitativos em uma eventual “nova PNH” (mesmo que isso seja bastante importante), mas sobretudo que possam aclarar e explicar as determinações mais gerais das “desumanizações” de nosso tempo, contra as quais devemos lutar, que não nascem no interior dos serviços do SUS, mas se expressam e se particularizam ali, de modo que as estratégias dirigidas mais fortemente ao nível dos microprocessos de trabalho, não serão suficientes. Um estudo recente sobre o tema afirma como uma limitação da PNH:

esta levanta uma fronteira mais ou menos rígida entre a desumanização na saúde - e suas causas - e a conexão orgânica entre essas e a sociedade como um todo. Como a desumanização é vista de forma setorialista e parcelar, a superação da desumanização proposta também é concebida de forma setorialista e parcelar. Tudo se passa como se houvesse um novo cosmos nos intramuros da saúde, diferente do cosmos daqui de fora. (Faro Junior, 2022, p.179)

A vitória eleitoral contra a candidatura de extrema-direita veio acompanhada, para a maioria dos defensores do SUS, de alívio e expectativas. A superação do negacionismo e das investidas contra vários direitos trabalhistas, sociais e liberdades democráticas se coloca como imperativo diante dos retrocessos civilizatórios do último período. Ao mesmo tempo, o cenário econômico, social e político desfavorável e o caráter de conciliação de classes do novo governo tendem a amparar a busca da governabilidade no pacto social com setores conservadores e fisiológicos, contrários a todas as necessidades populacionais urgentes.

Para o SUS, nos primeiros meses de governo, esse pacto já demonstra seus sérios limites. Ao invés da proposta de revogação da Emenda Constitucional do teto de gastos imposto pelo governo Temer, o governo Lula, atendendo ao mercado, optou por sua substituição pelo chamado Novo Arcabouço Fiscal. Foram várias as críticas de diferentes entidades do campo de defesa dos direitos sociais, incluindo a saúde, visto que a nova legislação mantém a lógica de restrição dos investimentos sociais em nome do superavit primário para pagamento da dívida pública. Uma expressão direta do predomínio dessa diretriz social-liberal na política econômica é a iniciativa do novo governo, criticada pelo Conselho Nacional de Saúde, de tentar descumprir a definição constitucional do investimento mínimo de 15% da receita corrente líquida da União na saúde. As expectativas pós-eleitorais dão lugar a preocupações sobre os rumos das políticas sociais no próximo período.

É sobre esse terreno concreto que devem ser discutidos os projetos voltados à humanização dos serviços de saúde. Contra o desânimo, trata-se, mais do que nunca, de buscar saídas para os entraves à consolidação do SUS no alicerce mais sólido já constituído ao longo da história da conquista de direitos: a luta social. Assim como no momento de redemocratização do país, com a promulgação da constituição de 1988 e o surgimento do SUS. Será esse o elemento decisivo capaz de fazer retroceder a ofensiva do capital sobre a classe trabalhadora.

As possibilidades de implementação de práticas humanizadas dependem fundamentalmente desse cenário.

Referências

- ALBUQUERQUE, GSC. **As determinações do capital sobre a formação do trabalhador em saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná.** 2009. Tese (doutorado em educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARNETT-PAGE, E.; THOMAS, J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. **BMC Medical Research Methodology**, n. 9, v. 59, 2009.
- DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 15-43, 2016.
- FARO JUNIOR, O.C. **Humanizar as relações humanas no SUS?** Reflexões sobre a Política Nacional de Humanização a partir da Teoria Marxista. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande (MS), 2022.
- GOMES, R.M. **Humanização e desumanização no trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- LOPES, A.L.M.; FRACOLLI, L.A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 17, v. 4, p. 771-8, 2008.
- LOURENÇO, E.A. de S. Terceirização: a destruição de direitos e a destruição da saúde dos trabalhadores. **Serviço Social & Sociedade**, n. 123, p. 447-475, 2015.
- MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, n. 27, v. 4, p. 1105-1119, 2018.

TEIXEIRA, R.R. *et al.* Apoio em rede: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades no ciberespaço. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 337-348, 2016.

VIAPIANA, V.N.; GOMES, R.M.; ALBUQUERQUE, G.S.C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 175-186, 2018.

ZIAK, M.L. **A humanização na Saúde Coletiva brasileira**: uma análise a partir do materialismo histórico-dialético. 2019. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2019.

CAPÍTULO 14

VACINAÇÃO COMO COMPROMISSO DE SAÚDE PÚBLICA: PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA

**Érika Luiza da Silva Feller, Giovana Daniela Pecharki, Eliana
Remor Teixeira, Solena Ziemer Kusma Fidalski**

Introdução

Na história da ciência, um dos capítulos mais brilhantes trata do impacto das vacinas na longevidade e saúde do ser humano. Desde que a primeira vacina foi descoberta, mais de duzentos anos se passaram e hoje é possível dizer que, as vacinas representam um grande avanço em saúde: prevenção às doenças (Stern; Markel, 2005) (Plotkin, 2014).

Imunizar é uma forma eficiente de minimizar a ocorrência de epidemias, endemias e é uma medida eficaz e duradoura na prevenção e controle de doenças. Possibilitou a eliminação da poliomielite no Brasil e a erradicação da varíola na esfera mundial. Seus benefícios incluem a proteção individual, a interrupção da disseminação de doenças infecciosas, além da proteção indireta de pessoas não vacinadas da comunidade. Adicionalmente há a redução de vários custos relacionados ao diagnóstico, tratamento e controle de infecções (Santos *et al.*, 2010).

Graças ao desenvolvimento e ampla distribuição de vacinas seguras, acessíveis e efetivas, principalmente em nações industrializadas, foi possível conter muitas doenças devastadoras. Se perguntarmos a um profissional de saúde pública quais foram as principais conquistas do século passado, ele provavelmente estaria inclinado a responder em primeiro lugar: “imunização” (Stern; Markel, 2005).

A imunização é, atualmente, uma das intervenções de maior sucesso e melhor custo-efetividade disponível para a prevenção de doenças, passando a constituir componente obrigatório dos programas de saúde pública. O Brasil instituiu o Programa Nacional de Imunização (PNI) ainda na década de 70, abrindo uma nova etapa na história das políticas de Saúde Pública no campo da prevenção (Brasil, 2013; Siqueira *et al.*, 2018).

A vacinação de profissionais de saúde é parte essencial de programas de controle e prevenção de infecção nos serviços de saúde de acordo com achados de Martins (2012), mais do que isso, a realização da vacinação em profissionais de saúde nos remete ao conceito de *práxis*, que significa: prática concreta, pois este profissional

tem a oportunidade de utilizar teoria e prática dentro de seu contexto, onde teoria alimenta a prática e vice-versa.

Além disso, uma vez vacinados, os profissionais da saúde passam a apresentar risco minimizado de infecção por doenças passíveis de imunização, como exemplo a vacina contra a gripe, protegendo também pacientes e outros profissionais e familiares de seu convívio. Portanto é essencial orientá-los para que adiram a esta medida preventiva, a qual ainda apresenta adesão abaixo do ideal (Santos *et al.*, 2010; Shaw *et al.*, 2020).

O estudante da área da saúde estuda sobre a importância da vacinação. Espera-se, portanto que além de vacinar-se, ele compreenda o compromisso público desta ação e possa também ampliar o conhecimento da população à qual ele tem acesso.

No caso dos estudantes de odontologia, o desenvolvimento de grande parte de suas atividades de formação ocorre em situações semelhantes à prática profissional. No entanto, este grupo pode ser mais vulnerável do que outros profissionais de saúde devido a falta de experiência em procedimentos utilizados na rotina clínica e cirúrgica. O menor conhecimento aliado à ansiedade por assimilar novos aprendizados e ainda o descuido na utilização de medidas universais de biossegurança, equivalem a alta exposição a acidentes com perfurocortantes, demonstrando potencial risco de infecção com doenças preveníveis por vacinação, tal qual Hepatite B e Tétano (Chehuen Neto *et al.*, 2010; Barbato *et al.*, 2019).

Nascimento *et al.* (2012) demonstraram que entre os estudantes da área da saúde, os graduandos de odontologia ocupam frequentemente os primeiros lugares entre as exposições aos materiais biológicos. A vacinação de profissionais de saúde e dos estudantes da área de saúde, é ação essencial na prevenção de doenças imunopreveníveis, ainda assim diversos são os estudos que revelam que quantidade razoável dos estudantes e profissionais da área da saúde não possuem situação vacinal adequada (Barbato *et al.*, 2019; Nascimento *et al.*, 2012).

Considerando a relevância do que expomos aqui e o papel do profissional de saúde no enredo da história da vacinação, sobretudo os acadêmicos de odontologia, os quais encontram-se tão expostos frente aos riscos biológicos, é fundamental buscar compreender qual sua percepção quanto a vacinação como compromisso de saúde pública?

O objetivo da presente pesquisa foi identificar a percepção dos estudantes de odontologia em relação à vacinação de profissionais de saúde baseado nas orientações do Ministério da Saúde.

Material e métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal, realizado por meio da aplicação de um questionário a estudantes do último ano do curso de Odontologia, de uma universidade pública e outra privada em Curitiba, PR. A coleta de dados aconteceu no período de março a junho de 2020, a amostra foi constituída por voluntários. Para o cálculo amostral, utilizou-se o cálculo de Intervalo de Confiança de uma Proporção, o nível de confiança adotado foi de 95%, erro previsível de 5% e a proporção estimada na população de 90%. Assim, o valor estimado era de no mínimo 139 pessoas.

O questionário foi composto por 23 perguntas definidas pelos pesquisadores por meio de revisão bibliográfica realizada. As perguntas foram relacionadas à caracterização do participante do estudo (sexo, idade, universidade, existência da carteira de vacinação), conhecimento de riscos biológicos, bem como identificação do conhecimento das vacinas pertinentes aos profissionais de saúde, tais como Hepatite B, Influenza, Vacina Tríplice viral, Difteria e Tétano.

A amostra foi composta por 161 participantes. Em uma das universidades foi possível realizar a coleta presencialmente, aos participantes foi cedido tempo da aula de uma das disciplinas para responder o questionário impresso, com o suporte dos professores responsáveis, todos os estudantes foram convidados a responder o questionário. Em outra universidade a pesquisa foi realizada com o uso da ferramenta *Google Forms*, o link para acesso e resposta foi enviado durante a aula *online* e aos estudantes também foi cedido

tempo destas aulas para resposta do questionário. A aplicação online do questionário foi necessária porque as aulas estavam acontecendo virtualmente devido a emergência sanitária em que o país se encontrava pela alta transmissão do vírus SARS-COV-2.

A análise foi realizada por meio do Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM® SPSS® Statistics v. 25.0, SPSS Inc, Chicago, EUA) de maneira descritiva, as variáveis qualitativas (como sexo, universidade, existência da carteira de vacinação, conforme detalhadas acima) serão apresentadas por meio de frequências (n) e percentuais (%). As variáveis quantitativas (como idade) são apresentadas por médias, medianas, valores mínimos e máximos e desvio padrão. A análise inferencial aconteceu por meio de comparações entre as variáveis utilizando-se os Testes Exato de Fisher e Teste do Qui Quadrado, valores com p menor que 0,05 serão considerados significativos.

A aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos da Universidade Federal do Paraná é de parecer número 2.967.079, CAAE: 98426718.9.0000.0102.

Resultados

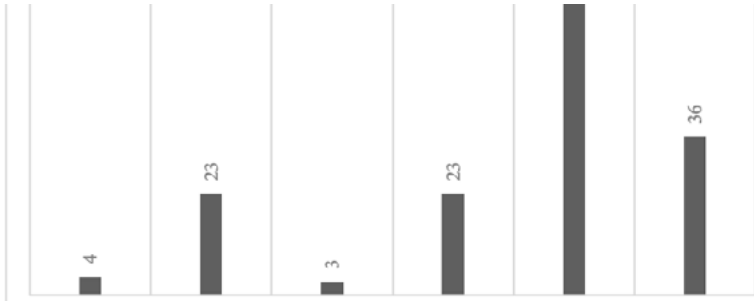
A amostra da pesquisa foi composta por 161 estudantes do curso de Odontologia, de duas Universidades de Curitiba, PR, sendo 30 estudantes (18,6%) da universidade privada e 131 (81,4%) da universidade pública. As idades dos estudantes estão entre 20 e 36 anos, média de 22,9, mediana de 22,0, com desvio padrão de 2,7.

Um total de 125 alunos (77,6%) se identificaram como do sexo feminino e 36 (22,4%) se identificaram como do sexo masculino. Todos os participantes ou 100% da amostra afirma possuir carteira de vacinação.

Quando questionados sobre a quantidade de doses realizadas de vacina contra a hepatite B, a maioria (n=72, 44,7%) respondeu que havia tomado 3 doses, conforme apresenta o Gráfico 1. Ainda nessa temática, os estudantes foram inqueridos a respeito da realização de sorologia para hepatite B (o anti HBs Ag), com o intuito de verificar proteção contra esta doença, vale ressaltar que

aproximadamente 25% não realizaram ou não souberam informar sobre a sorologia, conforme apresenta o gráfico 1.

Gráfico 1 – Doses realizadas de vacina contra a Hepatite B pelos estudantes participantes da pesquisa



Fonte: os autores (2023).

Quanto à realização da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e a situação atual dos estudantes, 38 estudantes (23,6%) não lembravam, 16 (9,9%) não sabiam, 9 (5,6%) realizaram apenas uma dose, 19 (11,8%) realizaram duas doses, 34 (21,1%) realizaram três doses, 6 (3,7%) realizaram mais de três doses, 34 (21,1%) realizaram uma dose de reforço nos últimos doze meses, na campanha para o Sarampo, um estudante (0,6%) afirmou ter realizado uma dose de reforço 5 anos atrás. Outras respostas foram de estudantes que não recordavam quantas doses haviam sido realizadas, no entanto, 3 estudantes (1,8%) sabiam estar em dia com esta vacina e 1 (0,8%) sabia ter realizado, sem saber o número de doses.

Para o reforço da vacina de difteria e tétano (dT), 113 estudantes (70,2%) realizaram há menos de 10 anos, enquanto 14 (8,7%) realizaram há mais de 10 anos. Um total de 24 estudantes (14,9%) não lembram e 10 (6,2%) não sabem. Ainda sobre esta vacina, 160 estudantes (99,4%) não concordam que a mesma não é importante para os profissionais e estudantes de saúde, onde apenas um estudante (0,6%) concordou com a informação.

No que se refere ao tétano, 161 estudantes (100%) concordam com a afirmação de que antibióticos não substituem a

imunização. Um total de 117 estudantes (72,7%) concordam que a realização de uma dose de reforço da vacina dT é recomendada para todos os indivíduos adultos e realizam com esta regularidade, enquanto 44 estudantes (27,3%) não concordam ou simplesmente não realizam com a mesma regularidade; 27 estudantes (16,8%) consideraram recomendado o reforço da vacina dT para todos os indivíduos adultos, embora não realizem.

Entre os participantes da pesquisa, 32 (19,9%) afirmaram já terem deixado de realizar vacinação por motivos específicos, dentre estes motivos, 20 estudantes (62,5%) afirmaram ser por faltar tempo, os demais alegaram: escassez de vacinas, preço das vacinas, temer agulhas, falta de vacinas específicas na Unidade Básica de Saúde próxima à residência, dor causada, temer possíveis efeitos adversos e ao fato de que vacinas trazem mais malefícios que benefícios.

Ao serem questionados sobre a possibilidade de atenderem um paciente, onde os próprios sofrem um acidente na mão com um material perfurocortante. Um total de 122 (75,8%) concordam que as doenças que poderiam ser prevenidas através da vacinação, frente a esta situação são tétano e hepatite B; 159 estudantes (98,8%) discordam da afirmação que diz: dos possíveis riscos advindos do acidente com perfurocortantes contaminados, não havia vacina que pudesse prevenir nenhuma doença; 159 (98,8%) acreditam que este acidente apresenta riscos à saúde; 151 (93,8%) concordam que todo profissional de saúde, após sofrer acidente com exposição a material biológico deve ser acompanhado em um serviço de saúde; 159 (98,8%) discordam que todo profissional de saúde, após sofrer acidente com exposição a material biológico não necessita ser acompanhado em um serviço de saúde, pois já possui conhecimento adequado sobre o assunto; 111 estudantes (68,9%) concordam que a vacinação representa uma medida de controle eficaz em relação às doenças infectocontagiosas imunopreveníveis, para os profissionais de saúde.

Os estudantes foram confrontados com uma situação em que durante a anamnese o paciente nega ter sofrido acidentes com perfurocortantes e ter viajado nos últimos meses. No entanto, refere não utilizar preservativos em relações sexuais e não realizou as vacinas previstas para o calendário vacinal do adulto. Frente a esta situação, um total de 117 estudantes (72,7%) concordam que há risco potencial para a Hepatite B, uma vez que uma de suas vias de contaminação é a sexual, no que se refere às doenças preveníveis por vacinas; 157 estudantes (97,5%) discordam que dos possíveis riscos apresentados pelo estilo de vida do paciente, não há riscos potenciais em seu atendimento; 118 estudantes (73,3%) discordam que dentre os possíveis riscos apresentados pelo estilo de vida do paciente, os riscos potenciais não poderiam ser prevenidos por vacinas.

A Tabela 1 apresenta resultados das respostas dos participantes quanto a sua percepção sobre a vacinação, com as respostas é possível identificar que a grande maioria entende a vacina como meio de proteção.

Tabela 1 – Resultados das respostas dos estudantes participantes do estudo, no que se refere a sua percepção sobre vacinação (Curitiba/PR, n=161)

Afirmativas sobre vacinação	Concordam n (%)		Discordam n (%)	
A vacinação é indicada apenas para as pessoas que possuem alguma condição crônica e não podem se expor a outros tipos de doença.	0	0%	161	100,0%
Eu acredito que as vacinas são capazes de proteger os indivíduos de uma série de doenças infectocontagiosas.	141	87,6%	20	12,4%
A vacinação para algumas doenças não é necessária, enquanto não houver situação grave reportada pelos órgãos governamentais de saúde.	6	3,7%	155	96,3%
Vacinar-se é uma escolha pessoal, pois tudo que permito que seja aplicado em meu corpo, impacta em minha saúde, apenas.	6	3,7%	155	96,3%
A vacinação é mais que uma proteção individual, é um compromisso de saúde pública.	147	91,3%	14	8,7%

Fonte: os autores (2020).

A tabela 2 apresenta resultados da percepção dos estudantes frente a conduta do tema vacinação, percebe-se que ainda existem

estudantes com receio de estimular a vacinação entre pacientes, amigos e familiares.

Tabela 2 – Resultados das respostas dos estudantes participantes do estudo, no que se refere a sua conduta diante do tema vacinação (Curitiba/PR, n=161)

Afirmativas sobre conduta	Concordam n (%)		Discordam n (%)	
Não recomendo a realização de vacinas aos pacientes, visto que o risco de complicações é considerável.	0	0,0%	161	100,0%
Meu conhecimento a respeito de vacinas é razoável ao ponto de eu ser capaz de defender o meu ponto de vista.	52	32,3%	109	67,7%
Sinto-me capaz de contribuir com o meu conhecimento para estimular pais ou responsáveis a levarem seus filhos para serem vacinados.	103	64,0%	58	36,0%
Não realizei algumas vacinas por ficar com receio dos seus efeitos adversos.	2	4,6%	159	95,4%
Estimulo amigos, familiares e conhecidos a realizarem ou completarem seus calendários vacinais.	104	64,6%	57	35,4%
Considero ser necessário a vacinação apenas para os indivíduos com risco aumentado de desenvolverem a doença, como os pacientes imunossuprimidos.	4	2,5%	157	97,5%
Me disponho a completar minha carteira de vacinas caso tenha deixado de realizar alguma vacina recomendada aos profissionais de saúde.	127	78,9%	34	21,1%

Fonte: os autores (2020).

Após o início do curso de odontologia 154 estudantes (95,7%) relatam terem recebido orientações formais sobre vacinação em sua universidade, 3 estudantes (1,9%) afirmam não ter recebido e 4 (2,5%) estudantes deixaram esta questão em branco. No que se refere à origem das orientações, 66 (41%) receberam orientação da coordenação do curso; 89 (55,3%) de algum Departamento do curso; 24 (14,9%) de campanhas realizadas pela Universidade a todos os alunos; 9 (5,6%) de ações de Projetos de Extensão relacionados ao tema e 26 (16,1%) afirmam terem recebido informações de outros locais dentro da universidade.

Discussão

A realização deste estudo se justifica porque após tantas décadas de luta e investimento da sociedade em cima da temática da vacinação, ainda existem profissionais de saúde e estudantes das

áreas da saúde com seus esquemas vacinais incompletos. O imaginário coletivo e o constante acesso ao conhecimento por parte dos mesmos nos permite crer que estes seriam os primeiros membros da sociedade a compreender que vacinar-se é algo que vai além da vontade ou da escolha pessoal, pois impacta na vida em comunidade, impacta diretamente no coletivo. Assim pesquisar a percepção dos acadêmicos de odontologia frente à vacinação como compromisso de saúde pública se faz relevante para compreender como estes acadêmicos e futuros profissionais percebem este tema.

A seleção de estudantes do último ano de curso (dois últimos semestres do curso) foi realizada com base no currículo do curso de odontologia, pois nestes estágios da graduação, o aluno está atendendo pacientes nas clínicas com atividade práticas, sendo mais expostos à possibilidades de acidentes (Nascimento *et al.*, 2012; Li *et al.*, 2015) No que se refere aos profissionais cirurgiões-dentistas, um estudo de Vargas-Ferreira *et al.* (2012) revelou um número maior de acidentes envolvendo profissionais com menos de dez anos de experiência clínica, este achado pode indicar que maior tempo de prática clínica pode ser um fator de proteção contra a ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes. É importante apontarmos este fato, pois algumas das doenças as quais este estudante se expõe são preveníveis por vacinas e vão de encontro ao que estamos mostrando no estudo.

A cada ano, de 500.000 a 1,2 milhão de pessoas morrem no mundo, em consequência da infecção pelo vírus da hepatite B (Lavanchy, 2004). Este vírus é o causador da hepatite B a qual em muitos indivíduos é assintomática, mas também pode ser aguda ou crônica, esta última pode levar a sérias complicações, bem como cirrose e carcinoma hepatocelular. Imprescindível citar que a análise do período que antecedeu a invenção da vacina apontou que a infecção em cirurgiões-dentistas ocorria entre três a seis vezes mais do que na população em geral (Smith *et al.*, 1976). Desde a invenção da primeira vacina contra o vírus da hepatite B em 1982 e o aumento da cobertura, a prevalência da infecção vem decaindo gradualmente. Ainda assim, a cobertura desta vacina entre os cirurgiões-dentistas é altamente variável e não compatível com a possível eliminação

do risco ocupacional de infecção por este vírus, uma vez que estes profissionais continuam expostos a sangue e fluidos contaminados (Camilo, 1998; Ammon *et al.* 2000; Rodrigues, 2002; Batista *et al.*, 2006)

Ainda que a recomendação de vacinação contra esta doença, aos profissionais de saúde, tenha sido realizada no início da década de 1990, é possível observar que a assiduidade ainda não é uma realidade no que se refere ao autocuidado relacionado às vacinas. A vacinação contra a hepatite B foi implantada no Brasil como uma ação governamental preventiva a fim de evitar a disseminação do vírus e o aumento da incidência da doença, mas principalmente para proteger os considerados grupos vulneráveis (Saliba Garbin *et al.*, 2017).

Ao serem questionados sobre a quantidade de doses realizadas da vacina contra a Hepatite B, 72 estudantes (44,7%) responderam terem realizado três doses, enquanto 36 estudantes (22,4%) responderam terem realizado mais de três doses. Os esquemas mais utilizados frequentemente são de três doses nos momentos zero, um e seis meses após a primeira dose. Após três doses intramusculares de vacina contra hepatite B, mais de 90% dos adultos jovens e mais de 95% das crianças e adolescentes desenvolvem respostas adequadas de anticorpos (Scaramuzzi, 2006).

No que se refere à realização de sorologia para hepatite B (o anti HBs Ag), a qual é realizada com o objetivo de se verificar proteção contra esta doença. Um total de 37 estudantes (23%) responderam que não realizaram. Este dado nos demonstra que temos quase um para cada quatro dos estudantes participantes sem conhecimento a respeito de sua imunidade à esta doença.

Um estudo realizado com cirurgiões-dentistas no município de Recife-PE demonstrou que 79,3% dos participantes estavam corretamente vacinados, portanto com as três doses da vacina de hepatite B (Scaramuzzi, 2006), outro no município de Montes Claros-MG, apontou 91,2% de cirurgiões-dentistas vacinados, diferente dos 67 estudantes da presente pesquisa. A porcentagem de profissionais vacinados no município de Montes Claros está próxima

aos números do Canadá (90,6%) e Reino Unido (97,0%) (Farias *et al.*, 2009; Ferreira *et al.*, 2012) .

Os 26 estudantes (16,2%), que declararam ter realizado uma ou duas doses, estão com seus esquemas incompletos, portanto não imunes, bem como os 27 estudantes (16,7%), que não lembram ou não sabem se realizaram ou o quanto realizaram. Estes dados são preocupantes, uma vez que não se sabe se estes 53 estudantes (32,9%) estão realmente desprotegidos, entre esses persiste o risco ocupacional de infecção por este vírus, uma vez que estes profissionais estão expostos a sangue e fluidos contaminados (Batista *et al.*, 2006; São Paulo, 2006; Ferreira *et al.*, 2012) .

Um estudo de Ferreira *et al.* (2012) realizado com cirurgiões-dentistas no interior de Minas Gerais levantou que os profissionais que demonstraram maior conhecimento a respeito da vacina, sua seriedade e as formas de contágio da doença, foram os mais comprometidos quanto a realização das doses, o que pode nos demonstrar que estes estudantes não vacinados ou vacinados com doses incompletas podem inclusive desconhecer os riscos desta doença infectocontagiosa.

Em 2006, um estudo de Scaramuzzi (2006) relatou que esta vacina possui excelente imunogenicidade, sendo assim a realização de sorologia não está indicada para todos os casos, exceto para os grupos de risco, estes onde os profissionais de saúde estão incluídos. Neste caso, o teste sorológico deve ser realizado um a três meses após a completude do esquema vacinal. A proteção contra doença sintomática e infecção crônica persistem, mesmo com os títulos de anticorpos indetectáveis, o que ocorre com o tempo. A imunização dos profissionais de saúde é estratégia importante para limitar os riscos frente às doenças preveníveis por vacinas (Tavoschi *et al.*, 2019).

Para o reforço da vacina de difteria e tétano (dT), quase 30% dos estudantes da amostra desse estudo se encontram vulneráveis a estas infecções. Ainda assim, 160 estudantes (99,4%) reconhecem que a mesma é importante para os profissionais e estudantes de

saúde, a vacina de difteria e tétano não só é muito importante, como está citada na Norma Regulamentadora 32 (NR 32), como uma das vacinas fundamentais a serem realizadas por profissionais de saúde.

É relevante observar que 159 estudantes (98,8%) sabem que acidentes como estes, com perfurocortantes contaminados, apresentam riscos à saúde e reconhecem que dentre as possíveis infecções potencialmente adquiridas nestas situações, existem vacinas para preveni-las, porém é estarrecedor que um em cada quatro estudantes desconheça que as doenças que poderiam ser prevenidas através da vacinação, frente a esta situação são tétano e hepatite B, sobretudo por se tratar de um acidente tão recorrente na profissão da odontologia e entre os estudantes da área.

Quase 60% dos profissionais assumiram terem sofrido acidentes com perfurocortantes em um estudo realizado com cirurgiões-dentistas em um município do sul do Brasil, demonstrando o enorme risco que a ausência de conhecimento, aliada a não realização de vacinas expõe os profissionais de saúde bucal (Vargas-Ferreira *et al.*, 2012).

Como estamos falando da vacinação e estudantes de odontologia, é relevante citarmos que tanto o tétano, quanto a hepatite B podem ser facilmente transmissíveis em procedimentos odontológicos. O tétano é uma doença que pode estar presente em feridas maiores ou menores e infecções dentárias. Os esporos da bactéria *Clostridium tetani* são resistentes ao calor e aos antissépticos comuns. Já a transmissão da hepatite B pode ocorrer por exposição parenteral ou mucosa a fluídos corporais positivos para HBsAg de pessoas com infecção aguda ou crônica (CDC, 2015). Inclusive, o risco de infecção após exposição percutânea para hepatite B é de 10 a 30% (Nascimento *et al.*, 2012).

Um total de 93,8% estudantes reconhecem que todo profissional de saúde, após sofrer acidente com exposição a material biológico deve ser acompanhado em um serviço de saúde e 98,8% discordam que todo profissional de saúde já possui conhecimento adequado sobre o assunto. É fundamental reconhecer que ainda há

muito a aprender, dado este que foi diferente ao apontado em um estudo realizado em 2009, onde 88,7% dos estudantes de odontologia avaliados classificaram o conhecimento que tinham acerca de medidas profiláticas pós-acidentes de razoável a bom, mas apenas 13,2% procuraram serviço médico especializado em acidentes ocupacionais (Orestes-Cardoso *et al.*, 2009). Pinelli *et al.*, (2011) observaram a não adesão ou baixa adesão aos protocolos de biossegurança, mesmo reconhecendo seus riscos. Independente de quanto conhecimento a respeito, acredite-se possuir, é imprescindível contatar a equipe responsável na Universidade, para seguir corretamente o protocolo.

Na presente pesquisa 68,9% assumem que a vacinação representa uma medida de controle eficaz em relação às doenças infecto contagiosas imunopreveníveis para os profissionais de saúde, passo relevante diante da realidade, mas ainda distante do ideal. As causas de recusa vacinal são inúmeras: o medo de eventos adversos, razões filosóficas, religiosas e desconhecimento sobre gravidade e frequência das doenças, entre tantos outros fatores, a aplicação simultânea de várias vacinas tem sido considerada como um dos determinantes entre indivíduos que têm dúvidas ou recusam receber vacinas (Domingues *et al.*, 2019).

Quando questionados a respeito da vacina contra o vírus influenza (contra a gripe), apenas 31,1% afirmaram realizá-la anualmente. Resultados estes que estão em conformidade com os dados encontrados em outra pesquisa realizada por Dybsand *et al.* (2019). Ainda que cirurgiões-dentistas não exerçam seu ofício em sua maior parte, em hospitais ou instituições de longa permanência, estão em constante proximidade dos mais diversos tipos de pacientes, sem contar pessoas de convívio pessoal. Portanto, para este grupo a aquisição do vírus influenza com posterior desenvolvimento da doença, pode levá-lo ao afastamento de suas atividades laborais e sobretudo, este profissional pode ser reservatório do vírus para outras pessoas, incluindo pacientes com comorbidades (Tavosci *et al.*, 2019).

A vacina tríplice viral pertence ao calendário de vacinação de adultos, uma vez que profissionais de saúde, sobretudo estudantes de odontologia não são um grupo de tão elevado risco frente

à população em geral. No entanto, é salutar apontarmos recentes surtos de sarampo na Europa, os quais continuam a se espalhar e são resultado de cobertura sub-ótima desta vacina, apenas quatro países deste continente citado, estão com taxas próximas a 95% (Deleanu *et al.*, 2019).

Um estudo realizado no Brasil, em 2015 apontou que a presença de bolsões de pessoas não vacinadas, sejam estes provenientes de razões filosóficas ou falta de acesso a cuidados de saúde, pode sustentar a transmissão do sarampo (De Jesus *et al.*, 2015). A transmissão do Sarampo e a da Caxumba ocorre principalmente através de gotículas respiratórias, de pessoa para pessoa, no entanto gotículas em aerossol podem resistir até duas horas em salas fechadas, após ter sido ocupada por uma pessoa contaminada (CDC, 2015) esta é uma informação relevante e não constatada como de conhecimento dos participantes do estudo. Considerando que os profissionais de saúde foram identificados como os maiores defensores da imunização através de vacinas, seus conhecimentos e atitudes frente as mesmas são de particular interesse coletivo (Deleanu *et al.*, 2019).

Todos os estudantes participantes consideram que a vacinação é indicada para todas as pessoas, não apenas para as que possuem alguma condição crônica e não podem se expor a outros tipos de doença, aliás é essencial dizer que algumas pessoas não podem tomar vacinas em razão de doenças, alergias ou imunidade suprimida, assim a vacinação de indivíduos saudáveis é capaz de protegê-las indiretamente.

É relevante dizermos que indivíduos hesitantes às vacinas pertencem a um grupo heterogêneo que reúne pessoas totalmente contra a vacinação, até pessoas que recusam algumas vacinas, mas aceitam outras, entre estas também estão pessoas que atrasam suas doses, não priorizam este ato em sua rotina ou estão simplesmente inseguras, portanto, este grupo é ainda maior do que o número de pessoas que se assumem como anti-vacinação (OMS 2014) (Zarobkiewicz *et al.*, 2017).

A grande penetração e a facilidade de acesso às mídias sociais têm promovido enorme quantidade de informações, no entanto não necessariamente informações fidedignas, sobre segurança (ou insegurança) das vacinas, sua efetividade, eficácia, riscos, entre tantas outras. Muitas vezes a base da informação possui fundamentação filosófica, política e religiosa. A proliferação desse conhecimento ou desconhecimento pode colocar em risco o sucesso da imunização. Ainda assim, é sabido que o conhecimento do profissional de saúde com competência e segurança para esclarecer o assunto é capaz de minimizar esse risco (Zarobkiewicz *et al.*, 2017).

É imprescindível levantar aqui a grande contradição do governo ao criar o programa “Vacina Brasil” no mesmo ano em que realiza tantos cortes na saúde. Desde a votação da Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95), que instituiu o teto (limite máximo) de investimentos nas áreas da saúde e da educação para o período de 2018 a 2036, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por um processo de desmonte que ameaça o direito constitucional à saúde. A EC 95 foi colocada como congelamento de investimentos, mas na verdade ela diminuiu recursos aplicados no SUS do país. De acordo com a estimativa do Conselho Nacional de Saúde, a emenda vai gerar um prejuízo ao SUS de R\$ 400 bilhões até 2036 (Brasil, 2016).

Os resultados da falta de investimentos e informação não tardam a aparecer, uma vez que obtivemos estes dados retratados neste estudo e mesmo na vacinação infantil, não atingimos metas pela primeira vez no século. A queda da vacinação foi resultado da união entre desinformação e desabastecimento (Domingues *et al.*, 2019).

À medida que as pessoas não convivem mais com as mortes e incapacidades causadas pelas doenças imunopreveníveis, passam a não mais perceber o risco que estas doenças representam para a sua própria saúde, para os membros de sua família, e para a comunidade. É relevante apontar que, fatores operacionais, como horários restritos de funcionamento das unidades de saúde e o sub-registro das doses aplicadas nos sistemas de Informações, dificultam,

respectivamente, o acesso aos imunobiológicos e o monitoramento das metas de vacinação (Domingues *et al.*, 2019).

As limitações do estudo se encontram no fato de que o questionário foi autorreferido, limitando a base de dados à memória dos estudantes e sua consciência. No entanto, o fato de as respostas serem anônimas contribui para a seriedade na sua realização. Sugere-se que mais trabalhos desta temática sejam realizados e que este possa servir de base para futuras pesquisas.

Considerações finais

O presente estudo demonstrou que os estudantes de odontologia identificam que a vacinação é uma proteção individual e um compromisso de saúde pública. Para que os futuros profissionais da saúde tenham seu calendário vacinal em dia é necessário constante aprimoramento de repasse de informações ao longo da graduação, bem como em campanhas de educação continuada para que como profissionais de saúde estejam bem informados e protegidos.

Vale ressaltar que é necessário estar atento ao controle e erradicação de doenças que sejam possíveis de controlar e erradicar por meio da vacinação. O estado tem o dever de organizar e publicizar campanhas nacionais de vacinação e manter a população informada. O Programa Nacional de Imunização desde sua implementação em 2003 vem ao longo dos anos aperfeiçoando processos e instrumentos de gestão. Faz-se necessário o aprimoramento da participação social no acompanhamento das ações de vacinação, bem como de estratégias de promoção da saúde para possibilitar à população em geral os benefícios das vacinas para saúde individual e coletiva.

Referências

BARBATO, D.; LILLO, F. D.; TORRE, G. L.; CARDONI, F.; GIUSTI, M. D. Validation of a questionnaire about knowledge and perception of biological risk among biomedical students of Sapienza University of Rome. **La Clinica Terapeutica**, v. 170, n. n 6, p. 430-434, 2019.

BATISTA, S. M. F.; ANDREASI, M. S. A.; BORGES, A. M. T. *et al.* Seropositivity for hepatitis B virus, vaccination coverage, and vaccine response in dentists from Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 101, n. 3, p. 263-267, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016**. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em: 15 jul. 2020.

CDC CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases**. 13th ed. 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/meas.pdf>

CHEHUEN NETO, J. A.; SIRIMARCO, M. T.; LEITE, I. C. G. *et al.* Situação vacinal dos discentes da Faculdade de Medicina da UFJF-MG. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 270-277, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200011&lng=pt&tlng=pt

CIORLIA, L.; ZANETTA, D. Hepatitis B and C in Healthcare Workers: Prevalence, Relation To Vaccination and Occupational Factors. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 9, n. 5, p. 384-389, 2005.

DELEANU, D.; PETRICAU, C.; LERU, P. *et al.* Knowledge influences attitudes toward vaccination in Romania. **Experimental and Therapeutic Medicine**, v. 18, p. 5088-5094, 2019.

DE JESUS, H. S.; NASCIMENTO, G. L.; ROSA, F. M.; DOS SANTOS, D. A. Investigação de surto de sarampo no Estado do Para na era da eliminação da doença no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 10, p. 2241-2246, 2015.

DE SOUZA, T. P.; LOBAO, W. M.; DE SOUZA TELES SANTOS, C. A.; DA CONCEIÇÃO CHAGAS DE ALMEIDA, M.; JUNIOR, E. D. M. Factors associated with the acceptance of the influenza vaccine among health workers: Knowledge, attitude and practice. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3147-3158, 2019.

DOMINGUES, C. M. A. S.; FANTINATO, F. F. S. T.; DUARTE, E.; GARCIA, L. P. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, p. 1-4, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000200100&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

DYBSAND, L. L.; HALL, K. J.; CARSON, P. J. Immunization attitudes, opinions, and knowledge of healthcare professional students at two Midwestern universities in the United States. **BMC Medical Education**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

FARIAS, A. B. L. DE; ALBUQUERQUE, F. B.; PRADO, M. G. DO; CARDOSO, S. O. Identificação de Cuidados Preventivos contra as Hepatites B e C em Cirurgiões-dentistas da Cidade do Recife. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 48, n. 1/3, p. 43-47, 2009.

FERNANDES, C.; OLIVEIRA, F.; SOUSA, R. *et al.* Dentists' protective measures against occupational and sexual exposure to hepatitis B virus. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 61, n. 3, p. 327-333, 2013.

FERREIRA, R. C.; ANDRÉ, I.; SENNA, L.; *et al.* Vacinação contra hepatite B e fatores associados entre cirurgiões-dentistas. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 2, p. 315-323, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/7DKqFYVqkCkxx6mm5g9r5NS/>

LAVANCHY, D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. **J Viral Hepat**, v. 11, n. 2, p. 97-107, 2004. Disponível em: DOI 10.1046/j.1365-2893.2003.00487.x. PMID: 14996343

LI, X.; KANG, H.; WANG, S. *et al.* Knowledge, attitude, and behavior of hepatitis B virus infection among Chinese dental interns. **Hepatitis Monthly**, v. 15, n. 5, p. 1-9, 2015.

MARTINS, S. M. C. Imunização aos trabalhadores da área da saúde. **Revista Fapciência**, v. 9, n. 9, p. 74-81, 2012.

NASCIMENTO, L. S.; ASSUNÇÃO, L. R. S.; JUNIOR, N. G. S.; PEDREIRA, E. N.; SILVA, R. L. C. Acidentes com perfurocortantes na Faculdade de Odontologia da UFGA. Visualização de um cenário. **Rev Odontol Bras Central**, v. 21, n. 56, p. 463-467, 2012.

OMS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Report of the Sage Working Group**, p. 64, 2014. Disponível em: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf.

ORESTES-CARDOSO, S. M.; FARIAS, A. B. L. DE; PEREIRA, M. R. M. G.; ORESTES-CARDOSO, A. J.; CUNHA JUNIOR, I. DE F. Acidentes perfurocortantes: prevalência e medidas profiláticas em alunos de odontologia. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 34, n. 119, p. 6-14, 2009.

PINELLI, C.; GARCIA, P. P. N. S.; CAMPOS, J. A. D. B.; DOTTA, E. A. V.; RABELLO, A. P. Biossegurança e odontologia: crenças e atitudes de graduandos sobre o controle da infecção cruzada. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 448-461, 2011.

PLOTKIN, S. History of vaccination. **PNAS**. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, v. 111, n. 34, p. 12283–12287, 2014.

SALIBA GARBIN, C. A.; WAKAYAMA, B.; DIAS, I. D. A.; BERTOCELLO, L. M.; ISPER GARBIN, A. J. Hepatite B e exposição ocupacional no cenário odontológico. A valoração do saber e das atitudes dos profissionais. **Journal of Health Sciences**, v. 19, n. 3, p. 209, 2017.

SANTOS, S. de L. V. dos; ALVES, S. B.; SOUSA, A. C. S. E; TIPPLE, A. F. V.; MENDONÇA, K. M. A imunização dos profissionais da área de saúde: uma reflexão necessária. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 595-601, 2010.

SAO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica. Vacina contra hepatite B. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1137-1140, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/26.pdf>

SCARAMUZZI, D. Vacina contra hepatite B. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 5, p. 281-291, 2006.

SHAW, A.; FLOTT, K.; FONTANA, G.; DURKIN, M.; DARZI, A. No patient safety without health worker safety. **The Lancet**, v. 396, n. 10262, p. 1541–1543, 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31949-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31949-8)

SIQUEIRA, L. das G.; VERSIANI, C. M. C.; CARVALHO, P. D. de; FERREIRA, R. C.; MARTINS, A. M. E. de B. L. Instrumento para avaliação da assistência quanto à vacinação na perspectiva do usuário. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 916-926, 2018.

SMITH, J.L.; MAYNARD, J.E.; BERQUIST, K.R.; DOTO, I.L.; WEBSTER, H.M.; SHELLER, M.J. From the center for disease control: comparative risk of hepatitis B among physicians and dentists. **J Infect Dis.**, v. 133, n. 6, p. 705-706, 1976. Disponível em: DOI 10.1093/infdis/133.6.705. PMID: 932496.

STERN, A. M.; MARKEL, H. The history of vaccines and immunization: familiar patterns, new challenges - If we could

match the enormous scientific strides of the twentieth century with the political and economic investments of the nineteenth, the world's citizens might be much heal. **Health Affairs**, v. 24, n. 3, p. 611-621, 2005.

TAVOSCHI, L.; QUATTRONE, F.; AGODI, A.; LOPALCO, P. L. Risk of transmission of vaccine-preventable diseases in healthcare settings. **Future Microbiology**, v. 14, n. 9s, p. 9-14, 2019.

VARGAS-FERREIRA, F.; SANTANA, B. P.; TARQUINIO, S. B. C.; DEMARCO, F. F. Prevalence of percutaneous injuries and associated factors among dental surgeons. **Revista Odonto Ciência**, v. 27, n. 3, p. 196-201, 2012.

ZAROBKIEWICZ, M. K.; ZIMECKA, A.; ZUZAK, T. *et al.* Vaccination among Polish university students. Knowledge, beliefs and anti-vaccination attitudes. **Human Vaccines and Immunotherapeutics**, v. 13, n. 11, p. 2654-2657, 2017.

CAPÍTULO 15

**DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS
MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA E
SEUS EFEITOS PSICOSSOCIAIS**

Daniel Dall'Igna Ecker

Introdução

A noção de ‘diagnóstico’ está presente nas diferentes diretrizes de saúde pública no Brasil. Na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Brasil, 2017), o conceito de ‘diagnóstico’ se refere, não apenas a diagnósticos sobre o corpo do sujeito de forma mais individual e psicopatológica, mas também a “diagnósticos de recursos no território” (p.12), “diagnóstico situacional” (p.56) e ao “diagnóstico da situação familiar” (p.76), os quais possibilitam desenvolver uma atenção integral à saúde e um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essas concepções de diagnóstico consideram a pessoa, sua autonomia, a família, seus direitos, e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades e dos territórios em que as pessoas vivem sob uma perspectiva da saúde integral e biopsicossocial (Ministério da Saúde, 2013; Ecker, 2021).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde está organizada em três níveis de acordo com as necessidades em cada situação: atenção básica ou primária, secundária ou especializada e terciária ou hospitalar. A Atenção Básica corresponde à porta de entrada preferencial do SUS, caracterizada como responsável por coordenar o cuidado em saúde e por promover “um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o *diagnóstico*, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (Ministério da Saúde, 2013, p.19, *itálico nosso*).

No que refere à especificidade da saúde mental, percebe-se como hegemônica a noção de ‘diagnóstico’ diretamente atrelada às classificações de transtornos mentais presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (Martinhago; Caponi, 2019). Conforme as autoras, nos últimos anos, houve uma proliferação de diagnósticos de transtornos mentais e estes têm tomado proporção devastadora sobre a população mundial na classificação dos sofrimentos psíquicos (Martinhago; Caponi, 2019).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia - CFP (2008), dentre as atribuições dos profissionais da Psicologia no

Brasil está a prática do ‘diagnóstico’, que pode ser realizado “através de diferentes abordagens teóricas” (p.1). Deste modo, no processo de ‘diagnosticar’ o sofrimento psíquico, não há um consenso entre profissionais das diferentes correntes teóricas de que o uso da classificação da CID e do DSM é algo funcional, ético, desejável ou teoricamente válido. Conforme Busnello *et al.* (1999), nem mesmo na própria Psiquiatria a determinação de diagnósticos psiquiátricos apresenta consenso, sendo constatado que diferentes psiquiatras, num mesmo país e em diferentes países, discordam dessa classificação sobre o adoecimento psíquico humano.

Para Martinhago e Caponi (2019), a questionabilidade da confiança das categoriais diagnósticas se intensifica ao situar que grande parte das pesquisas e práticas profissionais que defendem a lógica do DSM são convenientes, uma vez que o uso dos diagnósticos gera benefícios a diversos setores, como seguros de saúde e a indústria farmacêutica. Dentre as principais críticas a CID e ao DSM, ressalta-se o fato de transformarem o sofrimento psíquico em “patologias de cunho genético e cerebral” (p.11). Nas abordagens críticas, as classificações psiquiátricas também são responsabilizadas por executarem práticas de medicalização das existências (Resende; Pontes; Calazans, 2015), controle dos corpos, dispositivo de segurança (Caponi, 2014), patologização das normalidades (Ceccarelli, 2010), patologização e medicalização de condições próprias dos humanos (Ribeiro *et al.*, 2020) e a psiquiatrização dos problemas sociais (Leone, 2000).

No contexto do atendimento em saúde mental do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, o uso dos diagnósticos de transtornos mentais aparece como subsídio técnico em diferentes Protocolos de Atenção em Saúde Mental¹ que orientam as práticas da Rede de Atenção Psicossocial local, incluindo a assistência e o cuidado na Atenção Básica - AB (Prefeitura Municipal de Florianópolis - PMF, 2010). Esse contexto possibilita inferir que o uso de diagnósticos de transtornos mentais é um dos fundamentos na compreensão dos sujeitos, na construção de seus tratamentos e dos recursos terapêuticos nos serviços públicos de saúde do município. Neste sentido, se propôs este estudo, formato Relato de

Experiência, com o objetivo refletir, através da prática de Psicólogo Clínico residente² em dois Centros de Saúde de de Florianópolis, sobre o uso de diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica e seus possíveis efeitos psicossociais na clínica em saúde mental.

Os usos de diagnósticos de transtornos mentais no campo da saúde mental

A discussão sobre a complexidade que envolve as práticas que se utilizam dos diagnósticos de transtornos mentais esteve presente na criação dos modelos assistenciais do SUS da Atenção Psicossocial, considerando que o processo de implementação da atenção em saúde mental, no Brasil, preocupava-se em superar efeitos negativos de um “modelo assistencial então denominado hospitalocêntrico e predominantemente baseado no modelo médico psiquiátrico, considerado caro, ineficaz, iatrogênico e violador dos direitos humanos fundamentais” (Conselho Nacional de Saúde - CNS, 2022, 1º parágrafo). Ao questionar os modelos de cuidado e de assistência, predominantes em saúde mental nos anos 1980, o tema da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2002 “Cuidar sim, Excluir não” expressa uma das éticas da Reforma Psiquiátrica preocupada em produzir efeitos de qualidade no acesso, cuidado e assistência, baseado na humanização, na garantia de direitos e no controle social. Essa perspectiva compreende a importância de um Sistema Único de Saúde funcionando em organicidade na saúde mental: “público, democrático, de amplo acesso, eficaz, cidadão e com controle social” (CNS, s.d., 1º parágrafo).

No campo do cuidado e da assistência em Psicologia, múltiplas teorias foram desenvolvidas na esfera da produção de saúde, sendo o diagnóstico um termo amplo que não remete necessariamente à Psiquiatria, como é o caso da Resolução do Conselho Federal de Psicologia - CFP, nº 02/01, Anexo 1, no capítulo VI, que discorre sobre a atuação do psicólogo(a) especialista em Psicologia Clínica e afirma que o mesmo: “(...) atua na área específica da saúde, em diferentes contextos, (...) tanto em perspectiva preventiva, como de *diagnóstico* ou curativa (...) utilizando, para tal, procedimentos de *diagnóstico* psicológico tais como: entrevista, utilização de técnicas de avaliação psicológica e outros” (CFP, 2001, p.12, *italico* nosso).

Na especificidade da prática psicológica, que envolve os diagnósticos psiquiátricos da CID e do DSM, Guareschi, Lara e Ecker (2016) demonstram a relação entre questões econômicas, a formulação de Projetos Terapêuticos Singulares e os efeitos da psiquiatrização dos problemas sociais que ocorre nos serviços públicos. Ao analisar o uso de diagnósticos em 107 internações de saúde mental, as autoras identificam que essa prática opera como uma medida estratégica para governar sujeitos que advêm de situações de rua, abandono, pobreza e marginalização. Os diagnósticos de transtornos mentais, obrigatório para que a pessoa tenha acesso ao serviço público de saúde mental, marca no real o que não existia a priori como uma categoria de classificação e, através do processo de internação, passa a produzir efeitos na vida das pessoas pós internação: inserindo-as em um circuito repetitivo e estereotipado de serviços em saúde mental, medicalizando sua existência, restringindo possibilidades de vida (Guareschi; Lara; Ecker, 2016).

Vilhena e Rosa (2012) consideram o conceito de transtorno mental não como algo que representa a realidade, mas um modo de lidar com a realidade e situam “o caráter circunstancial, convencional e político dos critérios diagnósticos em saúde mental” (p.27). Nesse argumento, relacionam as bases argumentativas que fundamentam essa forma de conceber questões psiquiátricas e psicológicas, através de diagnósticos da CID e DSM, como classificações semelhantes as utilizadas pela Botânica “na qual eram separadas as plantas de acordo com características observáveis” (p.27). Essa forma de conceber a Psiquiatria e a Psicologia, como extensão da Biologia, tornaria o cuidado e a assistência em saúde mental passível a efeitos de generalização, deslocalizando aquilo que há de singular no sofrimento de cada pessoa, seu contexto e complexidade de vida (Vilhena; Rosa, 2012).

Deste modo, nas práticas das políticas públicas, em diferentes áreas profissionais e na Psicologia, há de se considerar os efeitos que o uso de diagnósticos de transtornos mentais pode produzir no cuidado e na assistência em saúde mental, tanto do ponto de vista da prática profissional preocupada com a ética e eficácia da sua intervenção, quanto os efeitos na subjetividade dos sujeitos, seus

processos de vida e resolução ou amenização de seu sofrimento psíquico e na produção de saúde. Nessa problemática, propõe-se a presente discussão, no intuito de trazer para análise o contexto do cuidado e da assistência em saúde mental na Atenção Básica, pela experiência prática da Psicologia em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

No âmbito da Saúde Coletiva, o NASF-AB tem sido interpretado como um espaço importante de colaboração interprofissional a Estratégia Saúde da Família que, mesmo com suas limitações e desafios, contribui com um apoio especializado no contexto da Atenção Básica, do Sistema Único de Saúde, atendendo as necessidades de saúde das famílias e da comunidade (Matuda; Pinto; Martins; Frazão, 2015). No município de Florianópolis, na época em que ocorreu o estudo, as equipes NASF-AB estavam vinculadas a uma específica quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), prestando suporte especializado às equipes mínimas, a partir da lógica do matriciamento. Desse modo, na área da Saúde Mental, os NASF-AB se diferenciam dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por estarem no nível primário de saúde, e não secundário, oferecendo suporte assistencial e técnico-pedagógico no próprio território. Como importante recurso da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a presença dos profissionais do NASF-AB na Atenção Básica facilita o cuidado dentro da comunidade em que vivem as pessoas, qualificando as avaliações e encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade, quando necessário.

Metodologia

No contexto da saúde mental pública, o estudo que subsidia este capítulo teve como objetivo refletir sobre os efeitos psicossociais do uso de diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica, tanto na vida de usuários e usuárias do SUS quanto na prática de profissionais da saúde. Por esse percurso, visou problematizar a clínica do cuidado e da assistência em saúde mental nas políticas públicas. Fundamentado na abordagem qualitativa (Minayo, 2007), articulado a autoras e autores que teorizam sobre o tema, utilizou-se do formato Relato de Experiência, de caráter narrativo e reflexivo, envolvendo as vivências de um dos autores como Psicólogo Clínico

residente na equipe do NASF-AB, pelo vínculo com a a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do município Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Os dados analisados foram registrados em Diário de Campo (Falkembach, 1987) com relatos dos casos clínicos atendidos pelo psicólogo residente em dois Centros de Saúde (CS) – definição dada as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Florianópolis. O vínculo com o primeiro CS ocorreu de março de 2020 com término em fevereiro de 2022, totalizando 2 anos. O vínculo com o segundo CS iniciou em outubro de 2020 com término em fevereiro de 2022 (modalidade teleatendimento nos últimos 11 meses), totalizando 1 ano e 5 meses de prática. Contabilizando os atendimentos dos dois CS, na Relação de Atendimentos³ do psicólogo residente nos dois anos de vínculo, houve o registro de 1119 (mil cento e dezenove) consultas realizadas, incluindo a modalidade individual, familiar, visita domiciliar, atividade em grupo e/ou coletivas e atendimentos para profissionais da saúde.

Para organização e análise dos dados da pesquisa foi utilizado o método de Análise de Núcleos de Sentido (ANS), técnica adaptada por Mendes (2007) a partir da análise de conteúdo categorial desenvolvida por Laurence Bardin em 1977. Essa ferramenta de análise de dados consiste na divisão do texto proveniente de uma comunicação oral, escrita ou experiencial, em núcleos de sentido formados por meio do reconhecimento dos temas psicológicos mais relevantes do discurso, com a finalidade de integrar o conteúdo manifesto e latente do texto. Para cada núcleo é atribuído um título que pode ser um trecho da fala, escrita de um sujeito ou conteúdo do registro sobre a experiência, como breve categorização e, em seguida, são apresentadas as anotações que se encaixam no conteúdo de específico núcleo.

A proposta de pensar núcleos de sentido a partir da noção de efeitos “não é considerada como estabelecimento de causa e consequência, mas, sim, de relação. Relação como ligação, conexão, vinculação ou certa dependência que determinado fator ou elemento da cena clínica possa ter com” (Ecker, 2020, p.114) a atribuição de

diagnósticos de transtornos mentais e o modo como as pessoas se constituem subjetivamente, produzindo e conduzindo a si, no mundo, enquanto seres subjetivos. Essa abordagem metodológica tem inspiração nas epistemologias pós-estruturalistas relacionadas às discussões de Michel Foucault (Foucault, 2005), que compreende o conhecimento científico como uma fabricação humana, localizada historicamente e culturalmente, envolvendo disputas políticas e sociais. Desse modo, o saber construído não pretende representar essências ou verdades totalizantes do objeto de análise, mas, sim, operar enquanto exercício crítico e analítico para a produção de pensamentos sobre o que se entende por realidade em uma determinada época sócio-histórica (Hüning; Scisleski, 2018).

Por fim, ao se tratar de um Relato de Experiência, no momento da análise da vivência os eventos estavam consumados, não sendo previsto na pesquisa experimentos com os objetos do estudo. Desse modo, não foram utilizados quaisquer dados de usuários, usuárias e profissionais (nome, codinome, iniciais, informações postais, números de telefone, endereços eletrônicos, fotografias, figuras, características morfológicas, entre outros) que pudessem identificar os mesmos e quebrar a confidencialidade. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelos responsáveis legais dos Centros de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF/ESP), assim como submetida na Plataforma Brasil (PB) e no sistema CEP/Conep da UDESC, sob Número do Parecer: 4.812.707.

Resultados e discussões

Através dos registros realizados em Diário de Campo da pesquisa foram propostos três núcleos de sentido como analisadores dos dados, pensando nos possíveis efeitos psicossociais do uso de diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica e o modo como as pessoas se constituem subjetivamente: 1) *Eu sou, Eu tenho* – Diagnósticos como identidade ou característica pessoal; 2) *Fui agredido/a, Irei agredir* – Diagnósticos como validação de violências; 3) *Eu necessito, Você tem direito* – Diagnósticos como garantia de direitos.

***Eu sou, Eu tenho* – Diagnósticos como Identidade ou Característica Pessoal**

Neste núcleo de sentidos estão aqueles discursos em que a pessoa define aspectos de sua identidade – personalidade, característica pessoal ou comportamento – a partir do uso de diagnósticos psiquiátricos. Essa atribuição de diagnósticos também pode ser efetuada pela pessoa atendida quando ela fala de outra pessoa no atendimento (amigo(a), familiar, colega de trabalho, namorado(a), esposo(a), dentre outros(as)) descrevendo suas ações, em uma tentativa de justificar ou definir identidades – personalidade, característica pessoal ou comportamento – do/a mesmo/a. A busca do atendimento em saúde na Atenção Básica, justificada pelo diagnóstico em um sentido identitário, também acontece no caso de crianças e adolescentes que, de forma geral, vêm acompanhados de adultos ou de seus representantes legais os quais dizem *Ele/a é, Ele/a tem* (Transtornos da Conduta, Transtorno do Espectro Autista, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos Alimentares, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, depressão, ansiedade, deficiências intelectuais, entre outros).

Neste núcleo, também se incluem os discursos dos/as profissionais de saúde que falam do paciente/usuário/a a partir do diagnóstico – *Ele/a tem, Ele/a é* – para justificar o encaminhamento para a Psicologia ou solicitar atendimento psicológico. Cabe salientar, que o diagnóstico no sentido identitário *Ele/a tem, Ele/a é* também é usado por profissionais para nomear e qualificar/quantificar a gravidade de um caso. Destaca-se que grande parte dos encaminhamentos para a Psicologia NASF-AB impressos em papel, enviados por e-mail ou WhatsApp, contém em seu conteúdo algum diagnóstico remetendo ao *Ser* ou *Ter/Estar* do diagnóstico ‘no/a’ paciente⁴.

Eu sou, Ele/a é, Eu tenho, Ele/a tem (transtorno bipolar, depressivo, ansioso, esquizofrênico, psicótico etc.), definindo diagnósticos como identidades, emerge nos discursos dos atendimentos individuais, familiares, visitas domiciliares e demais consultas na AB de múltiplas formas, dentre as quais nomeiam-se algumas: 1) falar do diagnóstico em uma tentativa de buscar no profissional psicólogo/a

a legitimação de que aquele diagnóstico seria ‘real’ ou ‘verdadeiro’; 2) falar do diagnóstico como forma de questionar essa atribuição por algum profissional de saúde e/ou por pessoas de seus relacionamentos interpessoais; 3) falar do diagnóstico como forma de buscar entender melhor sobre o tema e se conhecer através dos sinais e sintomas descritos por aquele diagnóstico; 4) falar do diagnóstico como forma de atribuir uma doença a si ou a alguém (doença tanto no sentido pejorativo, de desqualificar e/ou inferiorizar, quando no sentido positivo, de estar preocupado com a própria saúde ou a de alguém); 5) falar do diagnóstico como forma de desacreditar no tratamento de determinada pessoa (*Ela/e é, portanto, não mudará, já que é uma característica pessoal*); e 6) falar do diagnóstico acreditando haver um manejo específico para ele (*Ela/e é esse diagnóstico, portanto precisa daquele tratamento que foi feito para pessoas como ela/e*).

Este último aspecto remete à ideia de Vilhena e Rosa (2012), quando a autora e o autor falam dos efeitos de generalização que os diagnósticos de transtornos mentais podem causar, deslocando aquilo que há de singular no sofrimento de cada pessoa – desingulariza, homogeneiza as histórias de vida e a solução dos sofrimentos, as complexidades de cada vida e uniformiza a multiplicidade de contextos sociais das pessoas e seus adoecimentos. Ao mesmo tempo, como no exemplo 3, os registros da pesquisa fazem pensar sobre como a ‘lista’ de sinais e sintomas⁵ descritos nos manuais diagnósticos CID e DSM podem operar como ‘dicionários’ do sofrimento psíquico, funcionando como guia de palavras que nomeiam sensações e sentimentos, produzindo sentidos sobre *Ser* e *Estar* que antes não tinham contornos linguísticos e/ou existência concreta pela fala⁶.

As experiências nas consultas como Psicólogo Clínico no NASF da Atenção Básica permitem inferir também que a descrição dos sinais e sintomas relacionados aos diagnósticos de transtornos mentais se oferecem como uma forma categórica (Ceccarelli, 2010), instantânea e acessível, tanto para a pessoa atendida quanto para o/a profissional que atende, de nomear sensações, emoções e expressões corporais. Entretanto, essa função que o diagnóstico ocupa no cotidiano do serviço e das práticas profissionais não representa a

totalidade de perspectivas teórico-científicas que os/as profissionais utilizam para interpretar o sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, como efeito da prescrição de diagnósticos de transtornos mentais para nomear e estabelecer critérios de interpretação da realidade e dos adoecimentos, formulando critérios de risco e de prioridade para atendimento, se tem uma certa imposição de uma ‘linguagem universal’ que, de forma geral, são validados na AB em última instância por profissionais da Medicina (de Família e Comunidade - MFC, Psiquiatria e outras especialidades) que autenticam os transtornos através de sua avaliação publicada em documentos impressos, atestados médicos, ou em sistemas de informação, como o sistema de prontuários da Prefeitura.

Nesse contexto pode-se pensar sobre os aspectos convencionais e políticos dos diagnósticos de transtornos mentais (Vilhena; Rosa, 2012, p.27) para legitimar a prática de determinadas categorias profissionais em saúde mental, assim como sua relação com diversos setores, como com os do seguros de saúde e da indústria farmacêutica (Martinhago; Caponi, 2019), assim como os serviços públicos de saúde, comunidades terapêuticas, hospitais, ambulatórios, clínicas e demais profissionais da rede pública e privada (Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Medicina/Psiquiatria, Fisioterapia, Nutrição, Educação Física, Odontologia etc.) que se utilizam dos diagnósticos de transtornos mentais como recurso discursivo em suas práticas⁷. Aqui se incluem a vasta cartela de serviços especializados que abrem com a promessa e publicidade de atenderem demandas relacionadas aos diagnósticos psiquiátricos como, por exemplo, clínicas para crianças autistas, atividades físicas para pacientes com fibromialgia, tratamentos multiprofissionais, dentre outros. Nesse raciocínio torna-se útil e estratégico os discursos sobre os diagnósticos como algo identitário, *Eles/as são, Eles/as têm*, que permitem facilitar compreender/autenticar esses serviços como essenciais ou necessários a uma ‘condição identitária/orgânica’.

Fui agredido/a, Irei agredir – Diagnósticos como Validação de Violências

Neste núcleo de sentidos se incluem duas ideias, que não estão diretamente relacionadas, mas remetem ao mesmo tema da violência. A primeira está baseada no uso dos diagnósticos psiquiátricos como categorias possíveis de nomear efeitos da violência nos corpos de quem as sofreu. Seja no caso de violência física, psicológica, sexual, verbal, econômica, patrimonial, moral, dentre outras, os termos dos diagnósticos que descrevem sinais e sintomas (ansiedade, tristeza, dificuldade de concentração, delírio, alucinação etc.) aparecem nos discursos das pessoas atendidas pela Psicologia NASF-AB, assim como no discurso dos/as profissionais de saúde, como instrumento de linguagem para validar violências. *Fui Agredido/a* e, por isso, desenvolvi; *Você desenvolveu* (ansiedade, depressão, delírios, estresse, traumas etc.). Destaca-se que essa validação das violências através das nomenclaturas diagnósticas ocorre tanto de forma oral nas consultas e encaminhamentos, quanto na emissão de documentos escritos (prontuários, laudos, atestados, relatórios, encaminhamentos, e-mails, dentre outros), fazendo-se presentes na articulação com serviços da rede especializada para situações de violência (Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência - CREMV, abrigos, casas de passagem, delegacias, Defensoria Pública etc.).

Nesse contexto, os diagnósticos de transtornos mentais operam efeitos ambíguos na Atenção Básica: por um lado, podem ser compreendidos como medidas estratégicas para governar sujeitos vulneráveis, psiquiatrizando os problemas sociais, medicalizando existências e restringindo possibilidades de vida (Guareschi; Lara; Ecker, 2016), mas também se oferecem como recurso discursivo para a proteção social, nomeando os efeitos das violências nos corpos, sendo um dos operadores para garantir direitos protetivos a pessoas que sofreram agressões e que não possuem recursos biopsicossociais para sua autoproteção.

No momento em que os diagnósticos de transtornos mentais agilizam atendimentos na AB – definindo gravidades de um adoecimento psicológico – a ‘linguagem universal’ imposta pelos diagnósticos produz efeitos de expansão, sendo exigida pelos serviços especializados na temática das violências. Os códigos da CID e do DSM criam e codificam violências e, na Atenção Básica, é frequente que as pessoas busquem atendimento na Equipe de Saúde da Família (ESF) associando o adoecimento às situações de violência, vulnerabilidade social, conflitos familiares, condições precárias de trabalho, entre outros aspectos. Na expansão dessa temática é possível encontrar materiais como, por exemplo, o das *Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho* (Santos *et al.*, 2018) que abordam o tema dos diagnósticos para definir parâmetros de adoecimento relacionado ao trabalho.

Poder-se-ia ampliar essa discussão, dos efeitos do uso dos diagnósticos como forma de nomear violências, no caso de denúncias realizadas na AB (pela equipe de Saúde da Família - eSF, equipes multiprofissionais, pelos serviços intersetoriais etc.) de violências contra outros grupos considerados vulneráveis: crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas em restrição de liberdade, população de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e queer (LGBTQIA+), população em situação de rua, discriminação étnica ou racial, dentre outras populações identificadas como vulneráveis no campo dos Direitos Humanos (Brasil, 2021; Ecker; Palombini; Mello; Pereira, 2023). Essas situações explicitam o estado ambíguo e contraditório, estrategicamente planejado ou não, dos diagnósticos de transtornos mentais na atualidade, a partir do núcleo de sentido aqui proposto.

A segunda ideia sustentada dentro deste núcleo propõe analisar o diagnóstico como validação de violências no sentido *Irei agredir*, presente nos discursos de usuários e usuárias do SUS que foram acompanhados pela Psicologia NASF-AB e se autodenominam (ou foram denominados por profissionais de saúde ou por pessoas de suas relações interpessoais) de ‘portadores’ de diagnósticos (Transtorno Afetivo Bipolar, Espectro da Esquizofrenia, Transtornos Psicóticos, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtornos

Depressivos, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Transtornos de Personalidade etc.). De forma breve, esse núcleo de sentido exemplifica momentos vivenciados em consultas na AB em que era possível visualizar a pessoa que recebeu o diagnóstico justificando atos de violência (agressão física ou verbal, ameaças, alterações significativas de humor, falta de paciência, ausência de empatia, gritos, cuspes, chutes, socos, arremessar objetos, dentre outras expressões emocionais e/ou comportamentais) afirmando estar agindo dessa forma por ser ‘portador/a’ de determinado diagnóstico. Esse efeito de descontrole – agressividade, falta de limites ou até de liberdade extrema de seus atos – sem preocupação com o/a outro/a, com o coletivo ou com a proteção do patrimônio público ou privado, vincula-se a categorias diagnósticas como se elas tornassem possível a ausência de leis ou regras sociais quando a pessoa obtém específica classificação psiquiátrica sobre si.

De forma paradoxal, nas situações das consultas em que alguns desses/as pacientes foi questionado/a sobre a origem e/ou o significado dos diagnósticos que eles/as acreditavam serem ‘portadores/as’, muitos erraram as nomenclaturas⁸, falavam sobre sintomas que não estavam relacionados com o diagnóstico em questão, misturavam conceitos e sentidos e, em alguns casos, até criaram explicações na tentativa de responder a indagação do terapeuta. Houve situações, ao longo dos atendimentos, que pacientes comentaram ter buscado na plataforma de pesquisa Google a definição do diagnóstico recebido, leram a explicação em alguma reportagem, assistiram programas ou séries de TV em que personagens do enredo apresentavam o diagnóstico ou visualizam algum vídeo do YouTube em que o/a apresentador/a (*YouTuber*) dizia ter recebido determinada classificação semelhante à que ele/a recebeu. Neste sentido, não é apenas por parte da comunidade científica que o DSM-5 é criticado por apresentar “grandes fragilidades epistemológicas, limitando-se a elencar uma lista de sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais” (Caponi, 2014, p.742), mas também se apresenta frágil e pouco consistente/consciente no próprio discurso da pessoa que se considera diagnosticada. Em alguns casos, a/o paciente valida violências por diagnósticos supostamente

fictícios que não tem compatibilidade com os aspectos científicos e técnicos elencados na CID e no DSM.

Eu necessito, Você tem direito – Diagnóstico como Garantia de Direitos

Neste núcleo de sentidos situam-se aqueles discursos em que a pessoa usuária do SUS se utiliza do diagnóstico de transtorno mental para ter acesso a algum Direito Humano ou Social para a produção de sua saúde, e/ou o/a próprio/a profissional de saúde orienta a pessoa sobre a possibilidade de obter direitos (benefícios) por ser ‘portadora’ do diagnóstico. Dentre os efeitos obtidos por meio do diagnóstico como garantia de direitos pode-se citar, como exemplo: 1) o acesso ao cartão de ônibus público para o passe gratuito; 2) laudo que ateste incapacidades para solicitação do Benefício de Prestação Continuada - BPC; 3) laudo que ateste adoecimento psíquico para afastamento pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS; 4) atestado que legitime sofrimento psíquico para afastamento do trabalho por alguns dias; 5) laudo de deficiência intelectual para garantia de direitos a pessoa com deficiência (vagas de trabalho, isenção de tributos, aposentadoria diferenciada, dentre outros); 6) laudo que ateste transtornos do neurodesenvolvimento para solicitação de Atendimento Educacional Especializado - AEE e outros benefícios educacionais; 7) laudo que ateste violências, conforme descrito no núcleo de sentido anterior, com fins jurídicos ou assistenciais; 8) afirmar o diagnóstico (de forma oral, escrita ou por tecnologias de comunicação) como forma de acelerar atendimentos e procedimentos no cuidado e na assistência em saúde na Atenção Básica; 9) afirmar o diagnóstico (de forma oral, escrita ou por tecnologias de comunicação) como forma de acelerar atendimentos e procedimentos no cuidado e na assistência em saúde nos serviços da Média e Alta Complexidade do SUS, assim como na articulação com serviços intersetoriais de educação, assistência social, transporte, moradia, segurança, dentre outros.

Nesse panorama, mesmo que Busnello *et al.* (1999) afirmem que, nem dentro da própria Psiquiatria a classificação de diagnósticos de transtornos mentais para nomear o adoecimento psíquico

apresenta consensos, através da prática na Psicologia NASF-AB foi possível visualizar que na esfera da garantia de direitos os diagnósticos são aceitos como consenso legítimo no coletivo de profissionais da saúde e da rede intersetorial, como registros autorizados e validados discursivamente, quando autenticados por laudos médicos/psiquiátricos. Por esse dado, torna-se possível pensar os riscos de que, futuramente, “a proliferação de diagnósticos que redefinem quase todos nossos sofrimentos e condutas em termos médicos” (Moynihan; Cassels, 2006; Caponi, 2012) também tenham esse efeito sobre os Direitos Humanos e Sociais (ECKER, 2022), invertendo negativamente a ética dos direitos que deveria ser universal e gratuita, sem qualquer forma de discriminação, passando a impor a necessidade de diagnósticos médicos para que eles sejam garantidos.

Essa reflexão, relativamente pessimista, também pode ser substituída pela análise mais positiva, baseada em experiências na Psicologia NASF-AB do esforço que muitos dos/as profissionais da área da saúde fazem para garantir direitos da população atendida, às vezes tendo que recorrer aos diagnósticos de transtornos mentais como forma de promover o exercício de direitos⁹ (Ecker, 2020). Em um país socioeconomicamente desigual como o Brasil, os diagnósticos de transtornos mentais se apresentam “de forma paradoxal (...) também, porque boa parte da população não tem direitos garantidos e precisam obter alimentação, moradia, saúde, dentre outros, à custa da manutenção de patologias como justificativa” (zambillo; palombini; ecker, 2018, p.416). Essa conjuntura torna a Atenção Básica um dos campos de cuidado e de assistência à saúde do SUS onde as fragilidades político-sociais são evidenciadas.

Considerações finais

Ao analisar e refletir sobre o uso de diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica e seus possíveis efeitos na clínica do cuidado e da assistência em saúde mental, e no modo como as pessoas se constituem subjetivamente, foram propostos três núcleos de sentido para discussão: 1) *Eu sou, Eu tenho* – Diagnósticos como identidade ou característica pessoal; 2) *Fui agredido/a, Irei agredir* – Diagnósticos como validação de violências; 3) *Eu necessito, Você tem direito* – Diagnósticos como garantia de direitos. Por eles foi possível

explicitar discursos e problematizar possíveis efeitos que se materializam no cotidiano das práticas profissionais no campo da saúde mental, quando essas se articulam aos diagnósticos de transtornos mentais como recurso argumentativo.

Evidenciando uma análise que propõe pensar a realidade de uma determinada época sócio-histórica, os diagnósticos de transtornos mentais foram apresentados destacando seu caráter paradoxal e ambíguo: definem e questionam identidades; qualificam e desqualificam sujeitos; quantificam e desquantificam critérios de gravidade; priorizam e despriorizam atendimentos; criam e fecham sentidos sobre o nome de sensações, emoções e expressões corporais; nomeiam os efeitos das violências e padronizam esses efeitos; validam violências, indiretamente autorizando agressões e transgressões por legitimar o discurso do descontrole; propõem e impõem certa linguagem universal para a saúde mental, deslocando a atenção de outras possíveis compreensões sobre adoecimento psíquico; definem parâmetros de adoecidos e não adoecidos; tornam possível a criação e manutenção de serviços da rede especializada, públicos e privados, que estejam aliados a seus argumentos discursivos; garantem direitos, sem necessariamente produzir mobilizações coletivas baseadas nas diretrizes do controle social e da participação popular do SUS; aceleram atendimentos e procedimentos no cuidado e na assistência em saúde para algumas pessoas, mas não para todas; e, por fim, funcionam como recurso discursivo para a proteção social de grupos considerados vulneráveis, ao mesmo tempo em que não atuam na intervenção de assistência social sobre aquilo que os torna vulneráveis.

Com a experiência da pesquisa, pode-se afirmar que os diagnósticos de transtornos mentais são expressos com múltiplos sentidos na relação terapêutica entre profissional e paciente/usuário/a do SUS, na Psicologia NASF-AB. Os registros no Diário de Campo explicitam que o uso de diagnósticos de transtornos mentais na AB são mais frequentes nos discursos dos profissionais de saúde do que na fala dos/as pacientes/usuários/as, visto que estes ficam, muitas vezes, em uma condição mais passiva e receptiva ao que o profissional orienta. Durante os atendimentos, foi frequente encontrar

usuários e usuárias que questionaram o diagnóstico recebido ou traziam em seu relato outras formas de compreender seu adoecimento que não estava baseado nos diagnósticos de transtornos mentais. Argumentos religiosos, espirituais, místicos, políticos, sociais e outros fundamentam a compreensão do adoecimento psíquico justificado por situações em ‘vidas passadas’, ‘desequilíbrio energético’, ‘árvore genealógica’, ‘possessão’, ‘mal agouro’, ‘trabalho feito com a intensão de querer meu mal’, ‘universo em desequilíbrio’, ‘astros’, ‘ciclo da lua’, ‘chegando o fim dos tempos’, ‘infância conturbada’, ‘criação’ etc., que evidenciam a presença de outras compreensões sobre si, sobre os/as outros/as e sobre a vida, que não fundamentadas em um saber médico.

Entretanto, destaca-se a interferência que os diagnósticos produzem na vida de muitos pacientes, ao atribuir sentidos sobre eles, induzem em como seus processos subjetivos e de saúde serão fabricados – interpretados, conduzidos e medicados. Interpretação, condução e medicalização que se intensificam com a legitimação dos discursos psiquiátricos por diferentes modalidades linguísticas (oral, escrita, tecnologias de comunicação e linguagem corporal) pelas quais os diagnósticos são materializados e circulam, sem que o usuário e a usuária possam interferir, como acontece em muitas situações. Cabe salientar que profissionais da saúde, pacientes ou serviços intersetoriais muitas vezes pedem laudos autenticados com CID que podem definir permanentemente uma vida, o que torna ainda mais complexo o trabalho profissional, multiprofissional e intersectorial. A validação de diagnósticos por médicos e médicas evidencia, também, a relação de dependência, certa ligação ou subserviência, que o discurso médico produz como efeito às demais categorias profissionais quando se pensa em um trabalho multiprofissional e em rede que opera no SUS.

No caso específico da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, verifica-se que a dificuldade de compreensão de como a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS deveria operar, segundo normativas e documentos técnicos, faz com que as categorias profissionais e a gestão do município se empenhem na criação de fluxos e protocolos, envolvendo todas/os as/os atoras/es dos diversos

pontos da rede, que nem sempre baseiam suas práticas em diagnósticos da CID e do DSM. Nesse sentido, destaca-se a relevância de estudos que avaliem o uso de diagnósticos de transtornos mentais na clínica do cuidado e da assistência em saúde mental no SUS, tanto do ponto de vista da prática profissional, preocupada com a ética e eficácia da sua intervenção, quanto seus efeitos na subjetividade das pessoas e em seus processos de vida. Assim, enfatiza-se a importância de propostas de produção de conhecimento que considerem a relação dos discursos e seus efeitos subjetivos, políticos e sociais, na produção de saúde (promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e ações de manutenção), pautada por Direitos Humanos e Sociais, na perspectiva do modelo biopsicossocial de saúde – universal, integral e equitativo – previsto nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Referências

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. **Denunciar violação de direitos humanos (Disque 100)**. Assistência Social. Rede de Assistência e Proteção Social. Proteção Social, Brasília: DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/denunciar-violacao-dedireitos-humanos>. Acesso em: 14 ago. 2023.

BUSNELLO, E. D'A.; TANNOUS, L.; GIGANTE, L.; BALLESTER, D.; HIDALGO, M. P.; SILVA, V.; JURUENA, M.; DALMOLIN, A.; BALDISSEROTTO, G. Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 487-494, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000500008>. Acesso em: 14 ago. 2023.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>. Acesso em: 14 ago. 2023.

CECCARELLI, P. R. A patologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**, n. 33, p. 125-136, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Resolução CFP n. 02/01**. Altera e regulamenta a Resolução CFP no 014/00

que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Brasília: DF, Planalto, 2001. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP.

Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil. Brasília: CFP, 2008. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Saúde mental.**

Modelo Assistencial. Brasília: CNS, 2022. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/comissao/conf_saudemental/modelos_assist.htm. Acesso em: 14 ago. 2023.

ECKER, D. D. **O exercício de direitos sociais nos processos subjetivos e terapêuticos:** políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial. 2020. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Programa de Pos-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, RS, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/213918>. Acesso em: 14 ago. 2023.

ECKER, D. D. Acompanhamento terapêutico e direitos sociais: territórios existenciais e sujeito biopsico-político-social. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 357-378, 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v33n2/09.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

ECKER, D. D. Riscos na atenção psicossocial: a quase inexistência do discurso 'Direitos Sociais' em saúde mental. **PSI UNISC**, v. 6, n. 1, p. 82-97, 2022. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/16414>. Acesso em: 14 ago. 2023.

ECKER, D. D.; PALOMBINI, A. L.; MELLO, V. R. C.; PEREIRA, M. A. **Psicologia, direitos sociais e processos terapêuticos de pessoas negras:** efeitos históricos do racismo na subjetividade, diagnóstico de transtorno mental como racismo institucional e Jul.

2023. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/7636> Acesso em: 14 ago. 2023 <https://doi.org/10.4322/aletheia.008>

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. **Contexto e educação**, Ijuí, v. 2, n. 7, p. 19-24, 1987.

FOUCAULT, M. O que é a crítica? [Crítica e Aufklärung]. Relatório da sessão de 27 de maio de 1978. In: BRITTO, F. L. **Crítica e modernidade em Foucault**: uma tradução de “Qu’est-ce que la critique? [Critique et Aufklärung], de Michel Foucault. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ, 2005.

GUARESCHI, N. M. de F.; LARA, L.; ECKER, D. D. A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 21, n. 1, p. 25-35, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160004>. Acesso em: 14 ago. 2023.

HUNING, S. M.; SCISLESKI, A. C. C. Ressonâncias de uma epistemologia foucaultiana em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, n. 30, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30170632>. Acesso em: 14 ago. 2023.

LEONE, E. B. Balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental - 1990/1997. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, Edição Esp. Temática, p. 121-151, 2000.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Controversias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. e290213, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>. Acesso em: 14 ago. 2023.

MATUDA, C. G.; PINTO, N. R. S.; MARTINS, C. L.; FRAZAO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a

gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>. Acesso em: 14 ago. 2023.

MENDES, A. M. Pesquisa em psicodinâmica: a clínica do trabalho. In: MENDES, A.M. (org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: DF, 2013. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. **Medicamentos que nos enferman: la industria farmaceutica que nos convierte em pacientes**. Barcelona: Contrapunto, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS - PMF. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Município de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão\SC: Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+mental&menu=5&submenuid=153>. Acesso em: 14 ago. 2023.

RESENDE, M. S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n3/v21n3a08.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

RIBEIRO, A. S.; GONCALVES, G. A.; TEODORO, E. F.; BATISTA, S. A.; FERREIRA, P. H. E. Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 46-56, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5674>.

Acesso em: 14 ago. 2023.

SANTOS, E. A.; COUTINHO, A. F.; MONTEIRO, C.; MASSON, L. O. A.; SABA, T. (orgs.). **Diretrizes diagnósticas e terapêuticas para transtornos mentais relacionados ao trabalho.** Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Superintendência de Vigilância em Saúde, SUVISA, 2018.

VILHENA, J.; ROSA, C. M. Diagnóstico em saúde mental: por uma concepção não objetivista das representações da loucura. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 5, n. 1, 2012. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2012.51.03>. Acesso em: 14 ago. 2023.

ZAMBILLO, M.; PALOMBINI, A. DE L.; ECKER, D. D. Paradoxos nos 'benefícios' aos incapacitados: biopolítica e saúde mental. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 23, n. 4, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180039>. Acesso em: 14 ago. 2023.

Índice Remissivo – Saúde Coletiva: Diálogos e Caminhos - Volume 2

Acidente de Trabalho: 146, 147, 148, 149, 151, 154, 174, 193.

Agravos de Notificação: 33, 51, 73, 87, 145, 169, 245, 248, 249, 257, 261, 262.

Análise de Conteúdo: 148, 264, 202, 204, 215, 332, 340, 351, 380.

Atenção Primária à Saúde: 34, 50, 52, 57, 59, 60, 67, 113, 116, 273, 274, 275, 284, 293, 296, 297, 299.

Avaliação de Serviços de Saúde: 324, 325.

Consumo de Bebidas Alcoólicas: 92, 97, 103, 106, 109.

Desumanização: 328, 337, 342, 344, 345, 349, 351.

Educação em Saúde: 133, 141, 256, 287, 295, 298, 336, 343.

Estudo metodológico: 35, 303.

Estudo transversal: 30, 31, 32, 33, 48, 50, 94, 113, 168, 170, 191, 262.

Exercício físico: 135, 141.

Gestante: 28, 30, 31, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 69, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 83, 84, 85, 86, 87, 92, 94, 95, 98, 99, 100, 102, 104, 106, 108, 109, 110, 170, 317.

Humanização: 28, 35, 314, 323, 324, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 348, 349, 350, 351, 352, 378.

Influenza: 31, 41, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 356, 366, 371.

Investigação Epidemiológica: 157.

Lesão Medular: 33, 194, 195, 197, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 214, 215.

Lesão Musculoesquelética: 33, 242.

Materialismo Histórico Dialético: 33, 199, 201, 207.

Minorias sexuais e de gênero: 34.

Orientação sexual: 34, 248, 250, 253, 255, 257, 258, 263, 266.

Pesquisa qualitativa: 298, 397.

Políticas públicas: 94, 109, 126, 170, 207, 247, 249, 252, 255, 257, 258, 262, 263, 264, 267, 269, 273, 279, 285, 301, 334, 335, 338, 379, 380, 395.

Práticas Integrativas e Complementares: 28, 34, 35, 372, 273, 277, 279, 289, 295, 296, 297, 298, 299.

Prevenção primária: 133.

Profissionais de Saúde: 36, 63, 97, 124, 164, 258, 263, 268, 273, 276, 280, 282, 283, 288, 292, 302, 313, 319, 320, 322, 323, 335, 339, 354, 355, 356, 359, 361, 363, 364, 365, 366, 367, 369, 383, 386, 387, 391.

Pré-natal: 31, 49, 51, 53, 54, 55, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 71, 72, 73, 76, 78, 79, 81, 82, 84, 85, 86, 95, 96, 97, 100, 101, 102, 107, 334, 336.

Psicologia: 36, 192, 217, 250, 351, 376, 378, 379, 380, 383, 385, 386, 387, 390, 391, 394, 395, 396, 397, 398.

Revisão da Literatura: 310, 321, 332.

Saúde da Criança: 110.

Saúde do Trabalhador: 32, 145, 146, 147, 148, 149, 153, 159, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 169, 170, 189, 190, 344.

Serviços de Urgência e Emergência: 262.

Sífilis: 30, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89.

Síndrome Alcoólica Fetal: 93, 95, 107, 110.

Sistema cardiovascular: 32, 134, 135, 138.

Sistema Único de Saúde: 28, 29, 30, 32, 51, 57, 59, 60, 73, 100, 108, 113, 144, 145, 166, 167, 183, 190, 201, 245, 261, 270, 271, 273, 295, 296, 297, 301, 323, 324, 325, 326, 328, 334, 335, 336, 368, 376, 378, 380, 393, 394.

Terapeuta Ocupacional: 273, 277, 278, 280, 281, 283, 284, 285, 286, 287, 289, 290, 291, 296, 297, 298.

Transtornos Mentais: 36, 250, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 382, 384, 385, 386, 387, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 396, 398.

Tratamento: 30, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 71, 72, 73, 76, 77, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 107, 108, 146, 148, 171, 175, 187, 195, 201, 210, 288, 314, 354, 376, 377, 384, 385, 393.

Vacinação: 28, 31, 36, 112, 113, 114, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 353, 354, 355, 356, 357, 359, 360, 361, 362, 363, 365, 366, 367, 368, 369, 372, 373.

Vigilância em Saúde: 66, 87, 88, 145, 147, 148, 161, 164, 165, 166, 167, 189, 248, 257, 263, 265, 268, 270, 398.

Violência: 30, 32, 34, 36, 143, 169, 191, 208, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 254, 255, 257, 259, 260, 261, 262, 263, 266, 267, 268, 269, 270, 338, 382, 386, 387, 388, 389, 390, 391.

Esse livro foi editorado por Nova Práxis Editorial
usando a fonte Brandon Grotisque, para o corpo do texto,
e Lato, para os títulos.