

ORGANIZADORES

MARCELO JOSÉ MONTEIRO FERREIRA

RENATA DE SOUSA ALVES

Rede de saberes aplicados à Saúde da Família

experiências e
construções coletivas
da Pós-Graduação
Profissional



u
Imprensa
Universitária
UFC

**COLEÇÃO
DE ESTUDOS DA
PÓS-GRADUAÇÃO**

Rede de saberes aplicados à Saúde da Família

**experiências e construções coletivas
da Pós-Graduação Profissional**



Presidente da República

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Educação

Camilo Sobreira de Santana



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

Reitor

Prof. Custódio Luís Silva de Almeida

Vice-Reitora

Prof.^a Diana Cristina Silva de Azevedo

Pró-Reitor de Planejamento e Administração

Prof. João Guilherme Nogueira Matias

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof.^a Regina Célia Monteiro de Paula



IMPrensa UNIVERSITÁRIA DA UFC

Diretor

Francisco Charles Rocha e Silva Ribeiro

**COMISSÃO TÉCNICO-EDITORIAL DA
COLEÇÃO DE ESTUDOS DA PÓS-GRADUAÇÃO – UFC
Edição 2024-2026**

Coordenadora de Planejamento Estratégico e Avaliação

Lidiany Karla Azevedo Rodrigues Gerage

Biblioteca Universitária

Felipe Ferreira da Silva

Departamento de Enfermagem/FFOE

Joselany Áfio Caetano

Biblioteca Universitária

Juliana Soares Lima

Marcelo José Monteiro Ferreira
Renata de Sousa Alves
(Organizadores)

**Rede de saberes aplicados
à Saúde da Família**

**experiências e construções coletivas
da Pós-Graduação Profissional**



Fortaleza
2026

Rede de saberes aplicados à Saúde da Família: experiências e construções coletivas da Pós-Graduação Profissional

Copyright © 2026 by Marcelo José Monteiro Ferreira e Renata de Sousa Alves
(Organizadores)

Todos os direitos reservados

PUBLICADO NO BRASIL / PUBLISHED IN BRAZIL

Imprensa Universitária – Universidade Federal do Ceará
Av. da Universidade, 2932 – Benfica, Fortaleza-Ceará, Brasil

Coordenação editorial

Ivanaldo Maciel de Lima

Revisão de texto

Antídio Oliveira

Normalização bibliográfica

Luciane Silva das Selvas

Layout gráfico-visual

Sandro Vasconcellos

Diagramação

Frank Bezerra

Capa

Heron Cruz



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Imprensa Universitária – Universidade Federal do Ceará

R314 Rede de Saberes aplicados à Saúde da Família [livro eletrônico] : experiências e construções coletivas da Pós-Graduação Profissional / Organizadores, Marcelo José Monteiro Ferreira e Renata de Sousa Alves. – Fortaleza: Imprensa Universitária, 2026.
1.885 Kb. : il. Color. ; PDF. (Coleção Estudos da Pós-Graduação)

ISBN: 978- 85-7485-645-2

1. Promoção da saúde. 2. Atenção básica da saúde. 3. Atenção primária à saúde.
I. Ferreira, Marcelo José Monteiro, org. II. Alves, Renata de Sousa, org. III. Título.

CDD 613

Elaborada por: Luciane Silva das Selvas – CRB 3/1022

Sumário

Prefácio9

Nutrir com agente: protótipo de aplicativo móvel para acompanhamento alimentar de crianças com até dois anos por agentes comunitários de saúde12

Elaine Cristina Justino Teixeira

Pedro Felipe Sousa Teixeira

Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo Ranielder

Fábio de Freitas

Fabiane do Amaral Guber

Potencialidades e fragilidades do comitê regional de prevenção da mortalidade infantil sob a ótica dos profissionais do serviço30

Brena Jéssica da Silva Damasceno

Carlos Jefferson do Nascimento Andrade

José Maria Ximenes Guimarães

Fabiane do Amaral Gubert

Renata de Sousa Alves

**PMAQ e gestão da Atenção Primária à Saúde:
cenários político e organizativo e processo de trabalho
para uma cultura avaliativa na saúde.....51**

Nalber Sigian Tavares Moreira
Ana Patrícia Pereira Morais
Ana Paula Soares Gondim

**Conhecimento e comportamento em relação à transmissão
de HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis
em adultos66**

Karlina Nascimento Farias
Tomaz de Medeiros Aquino
Paulo Sérgio Dourado Arrais

**Revisão integrativa sobre saúde bucal
da pessoa idosa institucionalizada87**

Maria Luíza Rocha Barreto de Carvalho
Ana Paula Soares Gondim

**Impactos da pandemia de Covid-19 no processo
de trabalho e na saúde mental de trabalhadores
da atenção primária em saúde do estado do Ceará:
uma revisão de estado da arte.....102**

Diego Mendonça Viana
Tomaz de Medeiros Aquino
Paulo Sergio Dourado Arrais

**Fatores relacionados à saúde bucal autopercebida
e qualidade de vida de pessoas idosas
durante a pandemia por Covid-19:
um estudo transversal.....125**

Priscilla Rolim Mendonça
Paula Sacha Frota Nogueira
Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho
Marília Braga Marques
Mariana Ramalho de Farias

**Comportamento sexual de risco:
um olhar na atenção primária à saúde147**

Lorena Guimarães Oliveira
Andrea Gomes Linard

**A territorialização em saúde como um potencial
de intervenção junto à população com dor crônica
musculoesquelética assistida em unidade de
atenção primária à saúde de Fortaleza-CE..... 162**

Fabíola Maria Sabino Meireles
Keyla Rejane Frutuoso de Moraes
Bernardo Diniz Coutinho
Renata de Sousa Alves
Patrícia Moreira Costa Collares

**A repercussão da pandemia na Qualidade de Vida
da pessoa com dor crônica musculoesquelética
assistida em Unidade de Atenção Primária à Saúde
de Fortaleza-CE..... 176**

Fabíola Maria Sabino Meireles
Clarissa Bezerra Silva Matos
Bernardo Diniz Coutinho
Renata de Sousa Alves
Patrícia Moreira Costa Collares

**Linhas de cuidado em Saúde Bucal na atenção primária
em saúde: experiências de construção participativa
e territorializada193**

Sória Leopoldo Lima de Alencar Gomes
Marcelo José Monteiro Ferreira

**Uso de cariostático no tratamento da cárie dentária em
crianças da zona rural: um relato de experiência.....208**

Emanuelle Albuquerque Carvalho Melo
Marcelo José Monteiro Ferreira

Acesso aos serviços de saúde em território brasileiro por populações rurais: uma revisão integrativa da literatura.....	218
Adriana Oliveira Souza De Tullio	
Marcelo José Monteiro Ferreira	
Saúde da população das águas: o acesso aos serviços de saúde por trabalhadores de uma comunidade tradicional pesqueira do Nordeste brasileiro.....	244
Adriana Oliveira Souza De Tullio	
Marcelo José Monteiro Ferreira	
Dados dos autores	266

Prefácio

Sempre fui atraída pela prática da produção coletiva, multiautoral, construída por muitas mãos. Nesta obra, retratada em sua diversidade de formação profissional, número de pesquisadores, lugares de origem e temas explorados, os organizadores e autores enfrentam o desafio de demonstrar talento e entusiasmo. Homens e mulheres, cientistas e estudiosos dinâmicos nos brindam com conhecimentos novos ou renovados sobre saúde e atenção primária.

Nos capítulos do livro, somos convidados, enquanto leitores, a mergulhar no conceito de práticas contemporâneas, buscando encontrar sentidos e aprofundamento em cada tema. Os autores nos conduzem a uma reflexão que transcende o lugar-comum, com um pensamento inteligente inspirado por ideias que ultrapassam as corriqueiras ações já conhecidas. Isso nos leva a uma viagem temporal que desafia a conexão entre passado (memória), presente (visão) e futuro (expectativa), instigando-nos a avançar no pensamento sobre a complexidade e a pluralidade do tema.

É possível materializar, por meio desses escritos, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, caracterizado por marcos históricos, seja a sua criação pela Lei nº 8080/1990, a promulgação da Constituição Federal de 1988 ou a Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a gestão e participação da comunidade. O ponto alto e central dessa obra está na defesa e garantia do direito à saúde para todos,

como dever do Estado, e no acesso igualitário a ações e serviços em todos os níveis de atenção e complexidade. Nessa jornada, enfrentamos problemas da vida comum, transitando entre silenciamentos, estranhamentos, perplexidades e soluções, onde saberes e fazeres se completam na sabedoria e entendimento de que a saúde vai além da simples ausência de doença. Atualmente, a saúde é um direito e uma garantia de acesso.

As bases conceituais ilustradas (práticas, saúde, direito, atenção, cuidado e família) nos convocam e, ao mesmo tempo, desafiam-nos a encontrar fundamentos teóricos que envolvem ciência, filosofia, arte e religião. Esses elementos sustentam nossas ações na busca pela defesa do sentido da vida, compondo a base cognitiva, ideativa e filosófica do sistema de saúde brasileiro, considerando a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Os preceitos metodológicos se pautam na visão da família como unidade de cuidado e o domicílio como o primeiro ponto de atenção e base inicial na linha de cuidado.

Hoje, ao prefaciар esta obra, é momento de render méritos e exaltar os programas de especialização, mestrado e doutorado que se expandem por estados brasileiros e, em particular, no Ceará. Essas experiências de formação têm contribuído significativamente para a ampliação das pesquisas na área da saúde e sua socialização, como apontado em todos os textos apresentados. Encontramos, em suas narrativas, olhares ampliados sobre o tema: promoção, atenção e formação em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Esta obra nos oferece uma contribuição de significativa atualidade, repleta do cuidado de seus organizadores e autores, aos quais honramos pelo esmero teórico-metodológico-conceitual, criatividade e contemporaneidade na abordagem dos temas apresentados à sociedade, ao povo, a quem sempre convidamos a partilhar.

Mesmo dentro dos restritos limites e ousadias de nossas vidas, este livro se tornou possível. Agora, ele está pronto... feito. Eu li página por página, observei as palavras escritas, parei em partes delas, aninhei-me em algumas... resultando em um tempo

de encantamento, reconhecendo a luta, o embate e a batalha de seus organizadores, autores e orientadores ao longo deste caminho. Gratidão pela elegância e cuidado ético na exploração dos temas... O sucesso da obra está garantido... eu creio. Parabéns pela nobre missão de compartilhar.

Maria Fátima Maciel Araújo¹

¹ Professora aposentada da Universidade Federal do Ceará – UFC; Dra. em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE; Especialista em Psicodrama Pedagógico pela Universidade Estadual do Ceará – UECE; Colaboradora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – RENASF-UFC; Membro da Academia Cearense de Enfermagem-ACen.

Nutrir com agente

protótipo de aplicativo móvel para acompanhamento alimentar de crianças com até dois anos por agentes comunitários de saúde

Elaine Cristina Justino Teixeira

Pedro Felipe Sousa Teixeira

Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo Ranielder

Fábio de Freitas

Fabiane do Amaral Guber

Introdução

O padrão alimentar brasileiro, especialmente em crianças, reduziu o consumo de alimentos básicos e aumentou o de ultraprocessados (Brasil, 2021). A má nutrição, falta de acompanhamento adequado e a insegurança alimentar são problemas de saúde pública em diversos países. Associam-se a eles fatores como a diversidade alimentar inadequada, falta de serviço de monitoramento do crescimento e a renda materna, os quais aumentam a probabilidade de alterações alimentares na criança (Tafese *et al.*, 2022).

Como observado, a falta de serviços de monitoramento do crescimento está associada aos desfechos de nutrição infantil. Estratégias em saúde por meio de tecnologias digitais configuram-se como soluções para essas lacunas no acompanhamento de crianças, sobretudo aquelas de até dois anos de idade, que são prioridade para atenção primária globalmente. No Brasil, um dos profissionais de saúde que possuem, como competência, o acompanhamento alimentar da criança é o agente comunitário de saúde (ACS).

Devido à demanda do processo de trabalho dos ACS, os instrumentos que reforçam as práticas de cuidado são relevantes. Uma das ferramentas que podem ser utilizadas são os aplicativos móveis, pois permitem participações mais ativas e eficazes para os profissionais de saúde na medida em que melhoram a segurança do paciente e nível de conhecimento, passos relevantes para o cuidado centrado no sujeito dentro dos sistemas de saúde (Lee *et al.*, 2022).

A partir do exposto e da experiência dos autores como integrantes da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renasf) e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, mediante um olhar sensível à saúde da criança, o estudo tem o objetivo de descrever o processo de construção e validação de conteúdo e aparência de um aplicativo móvel, com enfoque nas necessidades apresentadas por agentes comunitários de saúde no acompanhamento alimentar de famílias com crianças com até dois anos na atenção primária à saúde.

Método

Tipo do estudo

O estudo metodológico apoia-se em métodos mistos (Santos *et al.*, 2017). Foram consideradas quatro etapas para o desenvolvimento deste estudo: realização de revisão integrativa; grupo focal com agentes comunitários de saúde para aplicação de estratégia *Lean Inception* (Caroli, 2018); desenvolvimento do aplicativo móvel; e validação do conteúdo e aparência do aplicativo por especialistas.

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona urbana da cidade de Mombaça, no interior do estado do Ceará, Brasil. A cidade é dotada de três equipes de estratégia de saúde da família. Justifica-se essa escolha, pois esse serviço de saúde é o campo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. O estudo foi desenvolvido durante o ano de 2022.

A validação de conteúdo e aparência contou com a participação de treze especialistas divididos entre as áreas de enfermagem, medicina, nutrição ou áreas afins com experiência na área de saúde da criança e alimentação ou da área de tecnologia. Já para compor a testagem do aplicativo participaram treze agentes comunitários de saúde. Os critérios de seleção para a amostra de ACS foram por conveniência e local de trabalho na unidade básica de saúde na cidade onde se realizou a coleta de dados.

Já para os especialistas, elegeram-se pessoas com *expertise* nas áreas de saúde da criança, puericultura, nutrição infantil e/ou da tecnologia. Formaram-se dois grupos: juízes de conteúdo (pesquisadores/docentes com experiência no tema e/ou profissionais assistenciais que atuam na área) e juízes técnicos da área de tecnologia (profissionais com experiência na área de TIC e/ou APP).

A seleção dos juízes foi realizada com amostragem do tipo bola de neve. Uma listagem com nomes e contatos de profissionais da área de estudo foi solicitada pelos professores e demais participantes de grupos de pesquisa da universidade. Em seguida, foi realizada leitura breve dos currículos lattes identificados na etapa anterior para a aplicação dos critérios de identificação de especialistas no assunto de acordo referencial (Jasper, 1994), no qual se consideraram especialistas aqueles que obtiveram dois ou mais requisitos: ter habilidade/conhecimento adquirido pela experiência; possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; ter aprovação em teste específico para identificar juízes; e ter classificação alta atribuída por uma autoridade.

Não houve padrão para indicar quantidade de especialistas necessários. Lynn (1986) refere um quantitativo entre três e dez

juízes, já Pasquali (1997) determina que esse número pode variar entre seis a vinte, e Fehring (1994) recomenda 25 a 50 especialistas. No presente estudo, optou-se por seguir a recomendação de Pasquali (1997), sendo uma metade, juízes docentes de conteúdo e a outra metade, juízes assistenciais de conteúdo (técnicos).

Variáveis do estudo

As variáveis de caracterização para os especialistas foram as que seguem: 1. Nome; 2. Idade; 3. Sexo; 4. Profissão; 5. Local de trabalho; 6. Área de atuação; 7. Experiência com nutrição infantil (anos); 8. Experiências área de desenvolvimento de aplicativo (anos); 9. Participação em grupo de pesquisa; 10. Formação; 11. Especialização; 12. Mestrado; 13. Doutorado; e 14. Ocupação.

As variáveis para avaliar conteúdo foram as que seguem: 1. Conteúdo adequado; 2. Conteúdo complexo; 3. Linguagem; 4. Conteúdo traz informações erradas; 5. Referências no aplicativo; 6. Conteúdo de fácil interpretação; 7. Diretrizes sobre alimentação e nutrição; 8. Trabalho do ACS; e 9. Visitas domiciliares.

As variáveis de aparência foram as que seguem: 1. Cores adequadas; 2. Tipografia adequada; 3. Figuras adequadas; 4. Resolução de figuras adequadas; 5. Tamanho das interfaces; 6. Aparência geral; 7. Aparência moderna e leve; e 8. Aparência adequada para o público-alvo.

Para os ACS, as variáveis de caracterização foram: 1. Idade; 2. Sexo; 3. Estado civil; 4. Escolaridade; 5. Tempo de trabalho na atenção básica; 6. Tempo de trabalho com ACS; 7. Tipo de vínculo empregatício; e 7. Possui Nível Superior.

As variáveis de avaliação de *softwares*, usabilidade e praticidade foram as seguintes: 1. Proposta clara; 2. Funções do aplicativo; 3. Despertar o interesse de outro ACS; 4. Aprendizagem.; 5. Apresentação do aplicativo; 6. Interface comum; 7. Funções disponibilizadas; 8. Quantidade de informação; 9. Mensagens exibidas; 10. Cores equilibradas; 11. Conteúdo lúdico; 12. Conteúdo consistente/superficial; e 13. Reforço positivo.

Instrumentos utilizados para coleta de informações

Para a coleta com os ACS, utilizaram-se os seguintes instrumentos: termo de consentimento livre-esclarecido (TCLE); instrumento de caracterização do perfil dos ACS; e roteiro para o grupo focal. Já para a etapa com os especialistas, foram utilizados: o TCLE; a carta-convite; instruções aos especialistas; instrumento de caracterização sociodemográfica; questionário para validar o conteúdo; e questionário para avaliar a aparência do aplicativo.

Coleta de dados

Com os agentes comunitários de saúde, a proposta do grupo focal foi realizada com apoio da aplicação da estratégia *Lean Inception* para levantamento de problemas a fim de compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais dos participantes (Gondim, 2002). O grupo se reuniu de forma virtual e explorou a diversidade de pensamentos e experiências, almejando gerar soluções inovadoras, sugerindo ideias e propostas sobre determinado assunto, estimulados por meio de perguntas previamente estabelecidas.

Com essa técnica, foi possível coletar o maior número possível de ideias, propostas, visões e possibilidades que conduzissem a uma solução eficaz para solucionar problemas (Smith, 2020). Os ACS foram convidados e gravou-se a entrevista mediante plataforma virtual *google meet* com duração de uma hora.

No grupo, foram feitas três perguntas pela autora: “Quais as principais dificuldades que você encontra durante o acompanhamento infantil no que se refere às questões alimentares?”; “Você acredita que uma estratégia tecnológica (aplicativo) poderia ajudar na qualidade da informação prestada à família dessas crianças?”; e “Quais os pontos essenciais para fazer parte do conteúdo do aplicativo?”. Objetivou-se com essas questões buscar um compartilhamento de ideias capaz de delimitar o problema principal do estudo bem como

outros desdobramentos colaborando na definição do conteúdo e funcionalidades do aplicativo. Essa etapa da coleta de dados teve apoio de uma árvore de ideias.

Já para os especialistas, o processo deu-se a partir de um *e-mail* convite e, depois, do envio de *link* para acesso do aplicativo. Dois instrumentos foram disponibilizados, sendo um para os juízes da área da saúde e outro para aqueles da área da tecnologia/design, (estes foram elaborados mediante a ferramenta “Formulários Google” com o termo de consentimento livre e esclarecido).

Tratamento e análise dos dados

Os dados dos participantes foram compilados e analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 para Windows. Os comentários e sugestões dos juízes foram analisados com base no questionário. Na validação de conteúdo do aplicativo, realizada pelos especialistas da área da saúde, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede o grau de concordância dos avaliadores sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (Alexandre; Coluci, 2011).

Os resultados da escala *Likert* foram substituídos por seus respectivos pesos, conforme orienta Fehring (1987): 1) Não = 0; 2) Parcialmente com muitas restrições = 0,25; 3) Parcialmente = 0,50; 4) Parcialmente com poucas restrições = 0,75; 5) Sim = 1; e organizados em um banco de dados para cálculo de IVC segundo metodologia proposta por Polit, Beck e Hungler (2011): IVC- I (validade de conteúdo dos itens individuais) e IVC-S /Ave (média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens da escala). Dessa forma, foram calculados os IVCs de cada item do instrumento e o IVC global desta subdivisão. Quanto à validade de aparência e conteúdo realizada pelos especialistas, foi adotado um mínimo de 75% de respostas positivas (parcialmente; parcialmente com poucas restrições; e sim) para cada item do questionário (Lima, 2014).

Com relação ao conteúdo dos grupos focais, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, que compreendeu um conjunto de

técnicas para análise das comunicações, utilizando processos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, com o objetivo de obter indicadores quantitativos que permitissem a inferência de conhecimentos relativos à forma de produção/recepção destas mensagens. Foi utilizada a modalidade temática, característica da análise de conteúdo, que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 2011).

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e aprovado com o CAAE 59978622.6.0000.5054 e sob o parecer 5.777.544.

Resultados

O perfil dos ACS foi de 85% composto por mulheres, com idade mínima e máxima entre 25 e 57 anos, respectivamente, com média 38,7 anos. O tempo de atuação na ESF variou entre 1 e 30 anos (média de 10,6 anos), e 69,2% possuíam apenas o Ensino Médio quando investigado o grau de escolaridade.

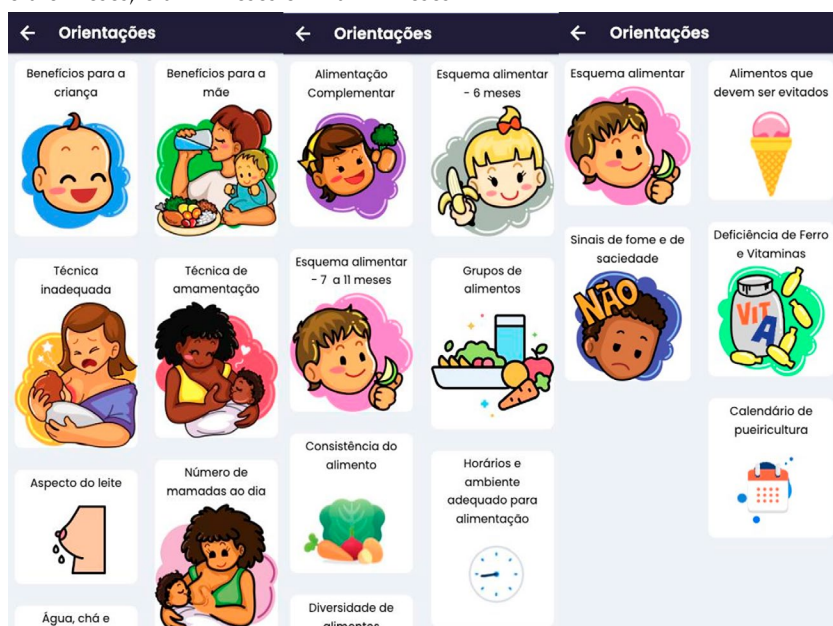
A estratégia *Lean Inception* foi realizada por meio de uma roda de conversa virtual, para os participantes discutirem sobre o produto, objetivos, funcionalidades e a quem o produto atende por meio da construção de uma árvore de problemas. Essa atividade foi realizada em cerca de quatro horas. As definições encontradas proporcionaram observar o que abrange o produto. As discussões emanaram em uma árvore de problemas e, em seguida, foi realizada a revisão das sugestões, experiências e *insights* para finalizar a construção e elencar o problema principal e, a partir disso, elaborar síntese sobre causas e consequências do problema.

A falta de conhecimentos básicos na área de alimentação infantil, a necessidade de informações adequadas para socializarem com os pais ou responsáveis para orientar sobre a nutrição infantil, o acompanhamento das crianças por ACS, a falta de estratégias educativas para abordar a alimentação infantil, a falta de uma ferramenta

para facilitar a qualidade do acompanhamento infantil pelo ACS e a falta de insumos para assistir crianças foram os principais pontos abordados por eles. Esses problemas foram enumerados e classificados de acordo com sua urgência.

Após análise da etapa anterior, prosseguiu-se com a construção do aplicativo para celular, no caso, o *Nutrir com aGente*, cujo objetivo é possibilitar que agentes comunitários de saúde deem informações seguras sobre nutrição para crianças com até dois anos. Sua função é também fornecer explicações das principais condutas e diretrizes realizadas por ACS sobre alimentação na primeira infância, visualizar indicadores para tomada de decisão de cuidado e fornecer informações nutricionais. Na Figura 1, são apresentadas as orientações para cada faixa etária, constantes no aplicativo.

Figura 1 – Menu de ícones referentes às orientações cabíveis às faixas etárias de 0 a 6 meses, 6 a 12 meses e 12 a 24 meses



Fonte: elaborada pelas autoras.

O *Nutrir com aGente* reforça o conhecimento e habilidade dos ACS sobre alimentação infantil em visitas domiciliares. O aplicativo é inovação para a educação profissional em saúde por meio da autoinstrução de conteúdos qualificados, linguagem acessível e interface prática e uso livre. Importante informar que o aplicativo não faz acompanhamento de produtividade do ACS, não trabalha com georreferenciamento, não apresenta oportunidades de emprego, não faz avaliações ou qualificação profissional e não substitui as consultas de puericultura e nutricional.

Por outro lado, traz orientações sobre alimentação infantil, dá suporte ao ACS para lidar com as crenças e mitos da família relacionados à alimentação, possibilita o registro das crianças, incentiva o uso de alimentos regionais, orienta o ACS sobre o uso de ferro e vitamina A e possibilita o acompanhamento do calendário de puericultura. Quanto a seu nome (Figura 2), faz referência ao tema escolhido, ao público que se destina e idealiza o cuidado em redes de atenção.

Figura 2 – Logotipo do protótipo do aplicativo *Nutrir com aGente*



Fonte: elaborada pelas autoras.

Acerca da validação de conteúdo, apenas um especialista era do sexo masculino, e a média de idade foi 42 anos, variando de 37 a 51 anos. Em relação ao tempo de formação, a maioria possui mais de dez anos de graduação com experiência na área de saúde da criança. E, no que tange ao IVC do conteúdo do aplicativo, todos os itens avaliados obtiveram valor superior a 0,70, e IVC global de 0,88 (Tabela 1).

Algumas sugestões foram feitas. Entre elas, destaca-se a exclusão da palavra “castigo”, contida nos ícones das orientações da faixa etária (6 a 12 meses). O conceito errado de aleitamento artificial disponível no aplicativo, pois esse tipo de aleitamento não se refere apenas à ingestão de leite que não seja diretamente do seio materno, exclusão da classificação do aleitamento materno que não foi atendida, pois critérios da OMS já estão estabelecidos para essa classificação.

O *Nutrir com aGente* traz informações sobre o calendário de puericultura referente a cada faixa etária (0 a 6 meses; 6 a 12 meses; e 12 a 24 meses) e apresenta o número de consultas e a idade mais indicada para cada uma. Vale destacar que, em algumas telas, o termo “alimentação complementar” apareceu de forma inadequada, pois se referia à alimentação oferecida para as crianças independentemente do aleitamento materno. Corrigiu-se o erro, e o termo passou a ser “alimentação infantil”. Já para a definição de “aleitamento artificial”, foram incluídas as opções fórmula infantil e leite integral, já que esses esquemas alimentares diferem entre si.

Para a etapa de validação de aparência, participaram sete juízes com predominância de participantes do sexo masculino e média de idade de 37 anos com variação entre 30 a 54 anos, formação na área de *designer* gráfico e especialistas na área. Em relação ao IVC da aparência do aplicativo (Tabela 1), todos os itens avaliados obtiveram valor superior a 0,75 e IVC global de 0,81.

Assim como ocorreu entre os juízes de conteúdo, as sugestões e os comentários dos juízes da aparência também foram analisados por meio da leitura. Destaca-se o alto contraste visto como adequado e a composição de cores para a versão final do aplicativo, pois usualmente as utilizadas são o verde e o azul-claro. Essa última sugestão não foi acatada, pois, mesmo que concordando com tal afirmativa, não é consenso na literatura que todo aplicativo em saúde apresente tais cores.

No que se refere à tipografia, as letras apresentam-se pequenas, o que dificultou para o ACS, e o *Kerning* na tela de entrada, por sua vez, não estava adequado. As sugestões foram aceitas e foram incorporadas na versão final. Quanto às figuras, relatou-se

que a proporção deveria ser melhorada bem como sua qualidade e padronização, pois algumas possuem animações, enquanto outras não. Além disso, foi sugerido que a assistente virtual Tina apresentasse outras telas com balões de fala para aumentar a interatividade. Uma tela de editar para atualizar informações das crianças que já foram cadastradas foi criada e incluiu-se um botão para sair nas telas de orientações/informações e retornar ao menu.

Discussão

O aplicativo desenvolvido foi aceitável para os agentes comunitários de saúde e para os especialistas. Escores para a validação foram alcançados. Revisões quanto a seu conteúdo foram incorporadas para melhor experiência de quem o utilizará. O aplicativo é relevante para a utilização por profissionais ACS, pois considerou os problemas analisados conforme etapas da estratégia *Lean Inception*. Seu uso é de fácil acesso, intuitivo, possui conteúdo objetivo e claro e permite acompanhar crianças com os mais diversos tipos de alimentação até os dois anos de idade.

Nota-se que as tecnologias de informação voltadas para uso na área da saúde possuem inúmeras ferramentas que facilitam a estruturação e a organização dos dados. Elas possibilitam o armazenamento, processamento de dados, o que permite o acesso em tempo real e remoto pelos profissionais envolvidos na assistência e pelo próprio usuário.

No que se refere ao suporte dos resultados oriundos da segunda etapa do estudo originados por meio do grupo focal com os ACS e aplicação da técnica *Lean Inception*, percebeu-se que é necessário ouvir profissionais envolvidos como utilizadores de uma solução digital e que processos educativos devem ser personalizados para esse grupo de trabalhadores da saúde por facilitar a comunicação e educação em saúde com as famílias.

É notório que as tecnologias da informação e comunicação, como os computadores, o uso de telefones celulares e *tablets*, estão revolucionando a forma como as pessoas se comunicam. Na saúde,

o uso dessas tecnologias, principalmente os aplicativos móveis, favorece a agilidade na busca de informações que contribuem para a tomada de decisão clínica, formulação do diagnóstico, condutas adequadas e orientações qualificadas.

Destaca-se que o conteúdo referente à alimentação tem papel primordial em todas as fases da vida, especialmente nos primeiros anos, que são decisivos para o crescimento e desenvolvimento e para a formação de hábitos. Nas últimas décadas, ocorreram diversos avanços na implementação de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável. Exemplos disso são a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); entre outras medidas. No entanto, ainda são muitos os desafios a serem superados para se garantir a prática de uma alimentação adequada e saudável no início da vida (Brasil, 2021a).

Quanto ao IVC do aplicativo, foi considerado adequado e seu uso na prática segue as diretrizes dos órgãos oficiais OMS e MS, os quais ainda são pouco explorados pelos profissionais (Haase; Brennan; Wagner, 2019). Assim, destaca-se a necessidade do rigor na construção dessas inovações digitais reforçando as chances de ser incorporada na rotina profissional. Ainda existem necessidades de assistência importantes que podem ser reduzidas com o uso das tecnologias móveis, especialmente no Brasil.

Após o nascimento da criança, os ACS podem sensibilizar e orientar a família sobre a amamentação e a introdução da alimentação complementar de qualidade em tempo oportuno, pois, nesse período, os hábitos alimentares são formados e muitas deficiências nutricionais podem ser evitadas. Esses profissionais serão os promotores da alimentação saudável e poderão contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância.

Como enfatiza a literatura acima, a promoção de hábitos saudáveis de vida, incluindo a alimentação saudável, deve fazer parte da

rotina dos profissionais que compõem a APS, e o aplicativo *Nutrir com aGente* vem colaborar diretamente para a prática do ACS diretamente ligado a promoção da saúde, trazendo, por meio de informações seguras, estímulos à alimentação saudável ao nascer.

O aplicativo *Nutrir com aGente* traz, em sua primeira seção, informações essenciais para a educação em saúde junto às famílias, por meio de orientações iniciais às mães, estímulos à amamentação exclusiva, esclarece dúvidas e estabelece conexão entre ACS e saúde infantil. Vale notar que o aplicativo não tem intenção de substituir o acompanhamento por outros profissionais que compõem a atenção básica, ao contrário, busca identificar precocemente crianças que necessitam de maior assistência.

O aplicativo traz informações de apoio aos ACS sobre a alimentação complementar, fase que se caracteriza pela transição do aleitamento materno para os alimentos consumidos pela família e deve ser iniciada aos seis meses de idade. A introdução de alimentos deve ser feita em tempo oportuno em quantidade e qualidade adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil. Esse é o momento em que os primeiros hábitos são adquiridos e formados e a correta inserção dos alimentos tem o papel de promoção à saúde e hábitos saudáveis, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na idade adulta (Brasil, 2012b).

A inovação digital desenvolvida expõe, de forma simples e segura, a transição do AM para a introdução alimentar, abordando o esquema alimentar referente a cada fase com apoio das recomendações do Ministério da Saúde, bem como grupos de alimentos, a consistência, horários e ambiente adequado para as refeições, sinais de fome e saciedade. Isto é ofertado por meio de uma linguagem clara e de fácil interpretação, que visa à assimilação.

O aplicativo foi idealizado para a fase de 0 a 2 anos, devido à importância de, desde cedo, estimular a alimentação saudável, já que, a partir dessa idade, a aquisição de bons hábitos se torna mais difícil na rotina alimentar adequada.

A literatura mostra que trabalhar a alimentação saudável é algo complexo, já que necessita de ações integrais e de esforço coletivo e

individual, então, o uso do aplicativo *Nutrir com aGente*, que, na avaliação de juízes, obteve um IVC global de 0,88 no conteúdo ofertado e 0,81 no IVC de aparência, poderá contribuir de forma direta na orientação das famílias, encorajando e empoderando os pais e cuidadores por meio de conteúdo sucinto, acessível e seguro, já que segue as diretrizes de órgãos oficiais como manuais/cadernos do MS e OMS.

A formação de hábitos alimentares saudáveis é um processo que se inicia desde o nascimento, com as práticas alimentares introduzidas pelos pais já nos primeiros dias de vida da criança, sendo estes os primeiros responsáveis por essa prática. É sabido que o desenvolvimento de uma preferência alimentar envolve uma complexa interação entre a influência familiar, social e do ambiente de convívio da criança, além da associação entre as preferências, os sabores, o acesso e o conhecimento dos alimentos (Brasil, 2018a).

A estratégia tecnológica desenvolvida neste estudo enfatiza o esquema alimentar a ser seguido pelos pais, bem como os alimentos a serem evitados, além de explicar sobre a necessidade de estimular a criança pelos bons hábitos alimentares da família. Nota-se que a rede de cuidado deve conhecer a importância da alimentação saudável na vida da criança para estimular os bons hábitos e, com os profissionais de saúde, agregar forças na aquisição de hábitos alimentares saudáveis.

Ao acessar o aplicativo *Nutrir com aGente* e inserir os dados da criança (nome, data de nascimento, sexo e peso), é possível visualizar o perfil da criança e verificar se o peso da criança está adequado, baixo ou com sobrepeso/obesidade, sinalizando para o ACS as condições de saúde que precisam ser avaliadas de forma mediata por profissionais de saúde, como nutricionista, enfermeiro e/ou médico. Além disso, o aplicativo traz o calendário de acompanhamento de puericultura segundo o MS, referente a cada fase, para que, assim, o ACS também estimule a adesão dessas consultas.

Nos últimos anos, registrou-se o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, com baixo teor de nutrientes e com alto teor calórico. As crianças também são afetadas por essas mudanças, desde a substituição do aleitamento materno por fórmulas

infantis até a substituição das refeições por esses tipos de alimentos. Essas mudanças alimentares têm influenciado o perfil de saúde das crianças, por um lado, o excesso de peso aumenta; por outro, ainda encontramos a presença de anemia e de outras deficiências de micronutrientes que podem produzir efeitos negativos, com impacto para toda a vida (Brasil, 2018).

O aplicativo *Nutrir com aGente* também aborda a importância da ingestão adequada de alimentos fontes de ferro, vitamina A, C e D, e suas respectivas funções para o funcionamento adequado do organismo. Explana ainda a necessidade da suplementação de ferro e recomendações gerais. Assim, conhecer o padrão de consumo alimentar, tanto individual quanto coletivo, é essencial para orientar as ações de atenção integral à saúde e, principalmente, para promover a melhoria do perfil alimentar e nutricional da população. É necessário o acompanhamento dessa clientela pela equipe multiprofissional, evitando práticas fragmentadas que não respondem adequadamente os problemas desse cunho (Brasil, 2017a).

Diante do cenário atual, em que os distúrbios alimentares estão cada vez mais presentes e considerando que os ACSs são os profissionais da ESF que estão mais próximos das famílias, então, o investimento em ferramentas com estratégias educativas que promovam, desde cedo, hábitos alimentares saudáveis na família, objetivando melhorar a qualidade de vida desde a infância, poderá ter consequências que influenciam na vida adulta por meio da diminuição de doenças crônicas não transmissíveis, tais como obesidade, desnutrição, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, entre outras.

Como discutido, existe a necessidade de trabalhar ainda mais a promoção da saúde, a interprofissionalidade e o trabalho colaborativo dentro da APS, para que, ao lado do uso de ferramentas inovadoras como o *Nutrir com aGente*, seja possível promover saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

Entre as limitações do estudo, pode-se destacar o alto custo financeiro e o longo tempo para a produção dele, o que pode justificar algumas fragilidades na funcionalidade percebidas pelos juízes. Como pontos a serem definidos para o futuro, é necessária a validação da usabilidade do aplicativo junto ao público-alvo. Entretanto,

este trabalho é relevante para a prática profissional na estratégia de saúde da família, pois contribui para a concretização de uma ferramenta que possibilita aumentar o conhecimento dos ACS, melhorar a qualidade da assistência por contribuir para uma prática baseada em evidências e otimizar as ações voltadas à alimentação infantil durante as visitas domiciliares, além de outros cenários de assistência, por reunir funções úteis ao acompanhamento das famílias com crianças pequenas.

Encaminhamentos para a prática

O aplicativo *Nutrir com aGente* mostrou-se uma tecnologia válida, apresentando um IVC global de 0,88, a partir da avaliação dos juízes de conteúdo, e um IVC global de 0,81, a partir da avaliação dos juízes de aparência. Conclui-se que o aplicativo poderá guiar o ACS no acompanhamento e orientações acerca da alimentação/amamentação de crianças com até dois anos.

Esse aplicativo foi desenvolvido com rigor metodológico e pautado em referencial teórico seguro. A partir da avaliação com juízes de conteúdo e aparência, mostrou-se como um material válido. Com isso, acredita-se que o seu uso poderá colaborar diretamente na aquisição de conhecimento e atitudes pelo profissional em questão, e assim aplicá-los durante as visitas domiciliares às famílias com crianças com até dois anos. Como próximos passos do estudo, é importante haver mais estudos de avaliação e divulgação nas plataformas digitais disponíveis para que os trabalhadores do SUS tenham acesso.

Referências

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 13 set. 2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atividades promoção da alimentação adequada e saudável*. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Atenção às pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS*. Brasília, 2021. Versão preliminar.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2006. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ofício nº 2/2021. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa*. Brasília, DF, 24 fevereiro de 2021.

BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2017. Seção 1, p. 1.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. *Pesquisa de métodos mistos: série métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Penso Editora, 2015.

CUNHA, V. P. D.; ROSS, R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, SciELO Brasil, v. 26, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>. Acesso em: 3 jun. 2020.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, P. (Ed.). *Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations*. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-57.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia, Ribeirão Preto*, SciELO Brasil, v. 12, p. 149-161, 2002.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994.

LEE, N. J.; AHN, S.; LEE, M. The effects of a mobile application for patient participation to improve patient safety. *Health Expect*, v. 25, n. 4, p. 1601-1618, 2022.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, v. 35, n. 6 p. 382-385, 1986.

PASQUALI, L. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: UnB, 1997.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTOS, J. L. G. dos. *et al. A Speedy Process for Sorting Brainstorm Ideas*. 2020.

TAFESE, Z. *et al.* Child undernutrition and associated factors among children 6-23 months old in largely food insecure areas of rural Ethiopia. *J Nutr Sci.*, v. 11, e63, p. 1-9, ago. 2022.

Potencialidades e fragilidades do comitê regional de prevenção da mortalidade infantil sob a ótica dos profissionais do serviço

*Brena Jéssica da Silva Damasceno
Carlos Jefferson do Nascimento Andrade
José Maria Ximenes Guimarães
Fabiane do Amaral Gubert
Renata de Sousa Alves*

Introdução

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é uma das medidas mais aceitas para a mensuração do estado de saúde da população, por se referir a mortes precoces, em grande parte evitáveis. As medidas de mortalidade são utilizadas internacionalmente, como indicadores da situação de saúde e na avaliação e planejamento de políticas e programas de saúde (Brasil 2024; Brasil 2021; Maronesi *et al.*, 2021).

Embora tenham ocorrido investimentos significativos para o melhoramento dos aspectos socioeconômicos e demográficos para a promoção da saúde na população brasileira, notam-se ainda significativas diferenciações entre as regiões brasileiras no que diz respeito à temática em discussão. A ampliação das políticas de saúde direcionadas para a diminuição da mortalidade infantil tem enfoque sobre os fatores que mostraram relacionar-se à taxa em análise, contribuindo para que o país consiga alcançar as metas estipuladas pelas Nações Unidas para o ano de 2030 (Pasklan *et al.*, 2021).

Nesse contexto, os Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil (CPMI) foram criados no intuito de ajudar os municípios e estados na redução e prevenção dos óbitos e são considerados as instâncias mais adequadas para apurar as circunstâncias de cada óbito. A implantação dos comitês municipais e estaduais no Brasil foi estabelecida pelo Ministério da Saúde com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância no final da década de 1980. Os comitês congregam instituições governamentais, da sociedade civil organizada e universidades ligadas à área da saúde da mulher, tendo como objetivos principais a identificação da magnitude da mortalidade materna, suas causas e determinantes, além de propor e acompanhar as medidas que previnam a ocorrência das mortes por causas evitáveis (Ceará, 2022).

Diante disso, a Portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010 estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito fetal e infantil nos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), e a obrigatoriedade da implantação dos comitês e óbito fetal e infantil, em razão da sua importância para as ações de prevenção, monitoramento e contribuição para a qualidade da assistência, sendo fortemente recomendada a sua implantação nos municípios e estados (Brasil, 2024).

Os comitês de mortalidade fetal e infantil consistem, dessa forma, em uma importante estratégia para a organização da saúde materna e infantil, com vistas à melhoria da qualidade dos cuidados durante a gravidez, parto, nascimento e acompanhamento durante o primeiro ano de vida, com o propósito de reduzir as

mortes evitáveis, bem como contribuir com a melhoria da qualidade dos registros de estatísticas vitais, nascimentos e óbitos infantis. Trata-se de organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional, com caráter técnico-científico, sigiloso, educativo e não coercitivo ou punitivo (Ceará, 2022).

Contexto do estudo

Diante da problemática apresentada, verifica-se a relevância do tema e a necessidade de aprofundamento sobre o assunto, a fim de compreender o mecanismo de atuação dos comitês, uma vez que se observou na literatura a escassez de estudos acerca da atuação dos comitês de prevenção da mortalidade infantil, em especial, na região em análise.

Assim, este estudo visa contribuir para o entendimento da atuação do comitê de prevenção da mortalidade infantil, fornecendo subsídios para a tomada de decisões, planejamento de ações e construção de estratégias a partir dos resultados obtidos.

Diante disso, esse estudo tem por objetivo analisar, sob o olhar dos profissionais de saúde, a atuação do comitê regional de prevenção da mortalidade infantil no estado do Ceará. Para tanto, foi realizado um estudo de campo, descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa junto a membros e ex-membros do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil situado no Estado do Ceará e profissionais de saúde que já vivenciaram o processo de investigação dos óbitos infantis.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos: análise documental, mediante a exploração de documentos, atas e relatórios na Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará, em que se encontram arquivados os documentos pertencentes ao Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Após apresentação da pesquisa e convite aos participantes, foi feita a aplicação de entrevista semiestruturada.

A análise dos dados ocorreu por análise de conteúdo. Uma vez que envolve pesquisa com seres humanos, a presente pesquisa

foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará pelo parecer N° 4.912.159. A partir da análise documental, foi possível identificar as principais recomendações para os óbitos evitáveis, destacando-se a realização da busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e a disposição de vagas em leito de UTI neonatal no serviço terciário.

Resultados e Discussão

Inicialmente, procedeu-se a um resgate histórico das taxas de mortalidade para os anos abrangidos entre 2011 e 2020, quando se verificou a taxa de mortalidade infantil no Brasil, Ceará e Região de Saúde (Quadro 1); taxas tipos de óbitos infantis (Quadro 2); Causas de óbitos infantis (Quadro 3) e Classificação dos óbitos (Quadro 4) da Região de Saúde no mesmo período.

QUADRO 1 – Taxa de mortalidade infantil no Brasil, Ceará e Região de Saúde, 2011 a 2020

Local	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Brasil	16,4	15,7	15	14,4	13,8	13,3	12,8	12,4	12,2	11,5
Nordeste	*	*	*	*	15,2	16,4	15,8	15	15,2	*
Ceará	13,6	12,7	13,8	12,3	13	14,3	13,3	14,7	13,4	13,5
7ª Região de Saúde	7,5	15,3	16,0	9,6	14,4	8,9	10,3	10,8	12,3	11,2

Fonte: Dados do Brasil, Nordeste e Ceará: IBGE, 2022. Dados da Região de Saúde: acesso ao SIM por intermédio da Secretaria de Saúde do Município.

* Dados não encontrados ou não disponíveis.

QUADRO 2 – Taxa dos tipos de óbitos infantis da região de saúde. 2011-2020

Tipo de óbito	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Neonatal precoce	63,6	40,9	73,6	71,4	72,7	57,1	50	59,8	71,6	70,2
Neonatal tardio	18,1	22,7	10,5	7,1	4,5	0	31,2	6,7	10,8	6,2
Pós-neonatal	18,1	36,3	15,7	21,4	22,7	42,8	18,7	23,1	16,7	23,6

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

QUADRO 3 – Causas de óbitos infantis da região de saúde. 2011-2020

Causa do óbito	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Afecções perinatais	9	13	15	11	14	10	11	12	13	11
Malformações congênitas	4	5	5	3	5	3	3	4	5	2
Doenças do aparelho respiratório	2	3	4	1	3	1	1	2	3	4
Demais causas	2	2	3	1	2	1	1	2	2	3
TOTAL	16	23	27	16	24	15	16	20	23	20

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Observa-se, como principal causa, entre os anos analisados, as mortes causadas por afecções perinatais, seguidas por malformações congênitas. Cabe ressaltar que, em razão do período pandêmico, as informações obtidas, no ano 2020, são as descritas nas declarações de óbitos, visto que, no período pandêmico, as mortes não foram investigadas. Com isso, as causas dos óbitos não foram alteradas, uma vez que, após a investigação do comitê, as causas podem mudar e a vigilância epidemiológica do município realiza a alteração no SIM.

QUADRO 4 – Classificação dos óbitos da Região de Saúde. 2011-2020

Classificação dos óbitos	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Provavelmente evitáveis	9	11	14	8	11	7	7	9	10	–
Não evitáveis	5	7	10	6	7	7	8	6	8	–
Mal definidas	4	5	3	4	6	1	1	5	5	–
TOTAL	16	23	27	16	24	15	16	20	23	20

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Enfatiza-se que, a partir de 2020, houve uma paralisação nas atividades dos comitês em razão da pandemia, as quais, até o momento da coleta de dados, não haviam retornado.

Por fim, foi quantificado o número de recomendações semelhantes enviado pelo comitê, no intuito de evitar novos óbitos pelas mesmas causas, ao longo do período estudado (Quadro 5).

QUADRO 5 – Recomendações enviadas pelo comitê – tipos de recomendação – as mais repetidas. 2011-2020

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de recomendações semelhantes	4	8	7	5	7	4	5	7	6	–

Fonte: atas das reuniões elaboradas pelo comitê.

O país tem demonstrado progresso no declínio dos óbitos infantis, todavia são necessários empenhos significativos para o enfrentamento das desigualdades regionais e o alcance de níveis mais baixos dos indicadores. A importância do tema tem sido reafirmada no contexto da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas, que teve sua publicação realizada pelo Ministério da Saúde, onde prioriza

investigações relacionados à análise da mortalidade infantil (Brasil, 2024; Brasil, 2021; Maronesi *et al.*, 2021).

Para Prezotto *et al.* (2019), a redução das mortes infantis consiste em uma realidade que tem ocorrido em todas as esferas nacionais e internacionais, em virtude do aperfeiçoamento das políticas públicas. Contudo, a diminuição dos indicadores depende não somente da implantação de tais políticas, contempla programas que almejam o melhoramento das condições socioeconômicas e o desenvolvimento cultural e educacional das populações.

A taxa de mortalidade infantil no estado do Ceará tem apresentado variação ao longo dos anos, assim como a Região de Saúde em análise, refletindo um panorama nacional (Ceará, 2022). Nessa perspectiva, segundo Santana *et al.* (2011) os processos que envolvem a mortalidade infantil são considerados de elevado nível de complexidade, requerendo monitoramento contínuo, a fim de que as informações obtidas possibilitem analisar de maneira crítica a situação de saúde, auxiliando na tomada de decisões a fim de propiciar a melhoria dos indicadores de qualidade de vida com consequente redução das taxas de mortalidade infantil.

Pesquisa de Araújo *et al.* (2022) identificou cinco indicadores sociais que influenciam na TMI na região Nordeste: Índice de Gini; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; Razão de dependência; Percentual de pessoas em domicílios sem energia elétrica; e Percentual de mulheres de dez a dezessete anos que tiveram filhos. Os indicadores agem como fatores de risco ou de proteção, dependendo do município investigado. Nesse entendimento, as medidas preventivas devem ter seu direcionamento para os municípios com maior ocorrência do agravo. Desse modo, torna-se necessário efetivar ações de saúde pública mais enérgicas, em especial, aquelas associadas à atenção ao pré-natal, parto e recém-nascido, garantindo ainda a melhoria das condições nas quais as populações vivem, visando aos indicadores associados à mortalidade infantil.

Quanto aos tipos de óbito infantil, o neonatal precoce apresentou maior prevalência nos anos analisados na Região de Saúde avaliada. No que diz respeito ao tipo de óbito infantil as afecções

perinatais mostram predominância. Segundo a classificação dos óbitos, a maioria é considerada provavelmente evitável (Bonatti, Silva e Muraro, 2020; Bonfim, 2020).

De acordo com Pizzo *et al.* (2014), à proporção que a mortalidade infantil é reduzida, eleva-se o número de óbitos neonatais, conferindo assim maior complexidade às atividades necessárias para o enfrentamento desse agravo, em razão da sua dependência não somente de melhorias nas condições de vida, mas também de maior investimento na infraestrutura dos serviços de saúde.

Diante dos dados consolidados, foi possível nortear o grupo focal, composto por dezesseis participantes, metade formada por profissionais que participavam do comitê, e os demais, profissionais de saúde com interface direta.

Descrevendo brevemente os participantes, temos que 75% eram mulheres; 25% homens, com intervalos de idade de 31 a 40 anos, representando 50% da amostra; e 41 a 50 anos (35% do total) e maiores de 51 anos (15%). Os participantes da pesquisa trabalham na assistência (56,25%) ou na gestão (43,75%) dos municípios e/ou instituições de saúde.

Quanto à formação dos profissionais, a metade possuía alguma pós-graduação (especialização – 4 profissionais, seguida por residência – 3, e mestrado – 4).

Em relação à opinião dos participantes sobre a articulação do comitê com os demais serviços de saúde para investigação dos óbitos, percebe-se uma dificuldade na divulgação dos resultados, culminando na dificuldade de articulação das recomendações, como podemos constatar no trecho a seguir:

O processo se inicia com a identificação do óbito... investigados pelas equipes da ESF... com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista com a família e registros dos serviços de saúde... análise das informações e orientar as intervenções para reduzir os óbitos evitáveis. No entanto, ainda há uma grande dificuldade em se conseguir realizar a divulgação dos resultados e encaminhamentos das propostas de intervenção no município (Profissional de saúde 01).

Segundo Maronesi *et al.* (2021), o Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil, configura-se como elemento primordial para redução da mortalidade infantil, sendo integrado por equipe multiprofissional que, desempenhando, de maneira educativa, suas atividades, tem por objetivo o monitoramento das causas de ocorrência do óbito, identificação de situações de risco e erros que podem ter contribuído para o óbito. Ademais, o comitê age como mecanismo de avaliação da qualidade da assistência.

Destacam-se, entre as dificuldades enfrentadas pelo comitê, a divulgação dos resultados oriundos da investigação dos óbitos e o direcionamento das propostas de intervenções frente aos casos detectados.

Verifica-se que cada serviço possui funções diferentes, mas necessárias ao bom andamento do processo investigativo. Isto é dito por mais de um entrevistado de forma a complementar a ideia, conforme se vê abaixo:

O recebimento é feito pelo setor da epidemiologia, os dados são inseridos no sistema SIM. Em determinado momento é realizada reunião para apresentação, discussão e encaminhamentos (Membro do Comitê 01).

[...] integrantes do comitê juntamente com equipes de saúde responsável pelo acompanhamento do caso, consolidam todas as informações sobre mortalidade. Então, o comitê se reúne de forma a analisar e investigar as causas dos óbitos infantis, dessa investigação vai gerar novas propostas para prevenção da mortalidade infantil (Profissional de saúde 02).

Os participantes apontam para alguns momentos do processo de investigação realizado junto ao comitê, como apresentação, discussão e encaminhamento dos casos, retomando a importância da investigação e da atuação intersetorial para a construção de propostas de intervenção visando à prevenção e à redução do número de óbitos infantis.

A não realização da divulgação dos resultados e a ausência de recomendações pelo comitê aos profissionais da APS são apontadas

como falhas, pois se relata que a informação se restringe ao conhecimento dos gestores.

Quanto aos óbitos evitáveis, indagou-se sobre a articulação com os serviços de pré-natal, parto e puerpério, sendo evidenciada a falta de estrutura e educação continuada dos profissionais, conforme falas a seguir:

As causas estão relacionadas diretamente a assistência ao pré-natal e parto. Infelizmente na nossa região a ESF é insuficiente e a assistência fica prejudicada... (Profissional de saúde 05).

[...] a única maternidade de referência da região possui inúmeros problemas com estrutura, falta de recursos humanos, falta de insumos, não possui UTI neo. São situações muito difíceis (Profissional de saúde 06).

Deve-se fomentar a discussão entre os profissionais dos diversos pontos da rede (atenção primária, atenção especializada, epidemiologia, conselho municipal de saúde, gestão entre outros) sobre a evitabilidade dos óbitos a fim de permitir uma reflexão sobre como se deve agir para prevenir óbitos futuros por causas parecidas com as que ocorreram (Membro do comitê 04).

A articulação deveria acontecer de forma regular/continua, tipo seminários, abordando situações relacionadas aos casos de óbitos evitáveis, no intuito de estabelecer metas, propostas, que favoreçam a evitabilidade desses óbitos (Ex-membro do comitê 02).

Para os participantes, as causas de óbito apresentam associação direta com a assistência pré-natal, parto e puerpério, destacando a falta de infraestrutura para realização de uma assistência adequada e intervenção precoce. Ressalta-se a necessidade de uma comunicação permanente junto aos profissionais dos diferentes níveis de atenção, para discutir sobre os casos possíveis de se evitar, propiciando ainda a reflexão a partir dos casos detectados, a fim de que mais óbitos não voltem a acontecer.

Ainda sobre causas de óbito evitáveis, estudos como o de Freitas *et al.* (2021), em Rondônia; Martins e Pontes (2020), em

municípios de fronteira e não fronteira; e Silva e Silva (2020), em Minas Gerais, apontam para estabilidade e declínio do número de mortes e elencam como principais fatores para isso atenção à mulher na gestação e no parto, atenção ao recém-nascido e ações de diagnóstico e tratamento, de promoção à saúde e imunoprevenção.

No estudo de Wanderlei e Navarreti (2013), a performance inapropriada dos profissionais que possuem pouca qualidade técnica encontra-se relacionada com as mortes infantis de causa evitável, o desempenho relaciona-se à falta de compromisso profissional e à sobrecarga de trabalho das equipes da ESF, aliado ao ensino universitário insatisfatório e ao sentimento de desvalorização profissional nesse nível de atenção, onde, segundo as mães, a mortalidade infantil ocorre não apenas em virtude da falha técnica, mas da assistência e da atenção desumanizada, não havendo acolhimento.

Entre os pré-requisitos para os profissionais de saúde que realizam a vigilância do óbito infantil, exige-se uma visão globalizada do SUS, em especial do modelo de atenção à saúde, sabendo ouvir e estimular a reflexão, a sistematização da investigação e a condução de discussões acerca dos óbitos sob investigação, apresentando a capacidade de integrar o grupo e realizar a mediação de conflitos. Assim sendo, suas responsabilidades possuem relação com a execução e a organização das atividades de investigação, promoção de contatos interinstitucionais, coordenação das discussões e elaboração de relatórios (Alves e Coelho, 2021; Hatisuka, Moreira e Cabrera, 2021; Lodi *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2017).

No que se refere à aplicação das recomendações propostas pelo comitê no âmbito dos municípios e das instituições na qual ocorreu o óbito, abordou-se a sua aplicação, os resultados obtidos e as dificuldades identificadas. Os profissionais de saúde apontam que as recomendações não têm sido implementadas, o que contribui para a recorrência dos óbitos como vimos em algumas falas supracitadas. Os membros do comitê complementam relatando que a problemática está na falta de retorno sobre o cumprimento das recomendações. Dentre as razões apontadas, ressalta-se a sobrecarga de trabalho.

As recomendações são enviadas aos profissionais, com a ajuda dos membros do comitê e via secretários municipais de saúde e disseminadas na instituição de origem do óbito... (Ex-membro do Comitê 03).

Infelizmente não se sabe se as recomendações são seguidas, pois não temos feedback no comitê (Membro do comitê 01).

Ainda, existe uma grande dificuldade em se conseguir realizar a divulgação e aplicar os resultados, atribuído a sobrecarga de trabalho da equipe para se reunir e discutir sobre o assunto. O Comitê ainda não consegue implementar as propostas e recomendações de forma efetiva (Membro do Comitê 05).

As recomendações são tidas como importantes, todavia não mostram, de fato, a realidade dos casos em investigação, muitas vezes, o momento vivenciado pelos familiares dificulta a obtenção das informações. Os participantes enfatizam a falta de divulgação das informações e desconhecimento das recomendações propostas pelo comitê.

As recomendações são válidas e podem ser trabalhadas para implementação, mas precisa avançar muito, pois as recomendações realizadas pelo comitê não são disseminadas pelos profissionais de saúde (Profissional de saúde 05).

Muitos profissionais desconhecem as recomendações. Falta monitoramento do comitê para checar se as informações chegaram até os profissionais (Profissional de saúde 08).

Para Ramos e Bertti (2019), a compreensão do cenário de ocorrência do óbito possibilita o desenvolvimento de operações no campo biológico, social, econômico e de acessibilidade aos serviços de saúde a fim de promover a redução da mortalidade infantil. O reconhecimento dos entraves associados à assistência realizada pelos serviços de saúde à gestante, ao pré-natal e ao recém-nascido é imprescindível, visto que traz contribuições para a tomada de decisões de caráter preventivo visando à diminuição das mortes infantis com potencial de evitabilidade. As atividades apenas são possíveis por meio do trabalho realizado

pelos comitês, os quais, por sua vez, requerem recursos para subsidiar seu funcionamento e assim garantir a evolução de suas atividades.

Sobre as fragilidades e fortalezas no cenário de investigação dos óbitos, como fragilidades, destaca-se:

O comitê não tem poder de punir caso novos óbitos evitáveis aconteçam. E não há capacitação para os profissionais realizarem as investigações (Profissional de saúde 02).

[...] ainda falta sensibilização por parte da gestão, membros da comissão, serviço especializado sobre mortalidade infantil materno e fetal (Membro do comitê 05).

Há muita demora para fechamento dos casos e infelizmente não possuímos um instrumento de monitoramento para as ações do comitê (Ex-membro do comitê 03).

As fragilidades mencionadas pelos participantes vão ao encontro do estudo de Nóbrega *et al.* (2019), que revelou fragilidades estruturais, de composição, na dinâmica de organização e na própria função do Comitê, que se restringia a uma atuação investigativa e propositiva, sem a participação popular e o devido retorno das análises para as instituições envolvidas, revelando, com isso, a dificuldade em atuar de forma integrada e interinstitucional. Soma-se também o suporte limitado da gestão municipal frente às necessidades de recursos humanos e financeiros para a devida atuação do Comitê.

Os participantes destacam como fragilidades: a ausência de poder do comitê para punir a recorrência dos óbitos; a ausência de qualificação da equipe de investigação; a falta de sensibilização da gestão sobre a mortalidade infantil e fetal; a demora para fechamento dos casos; a falta de instrumentos para o monitoramento das ações do comitê. As fortalezas relatadas foram as seguintes: a diminuição do número de óbitos; a detecção dos óbitos evitáveis; a atuação conjunta com a APS para a realização da investigação dos óbitos.

Entretanto, embora inúmeras dificuldades e fragilidades para atuação do comitê na região sejam descritas, os benefícios superam

as barreiras existentes, e a sua implantação tem propiciado a detecção dos óbitos e o planejamento de intervenções.

As principais fortalezas identificadas pelos participantes da pesquisa estão descritas abaixo:

Uma grande fortaleza é a redução do número de óbitos na nossa região, devido o trabalho do comitê e a identificação de óbitos evitáveis (Ex-membro do comitê 01).

[...] as análises dos óbitos são realizadas pelas equipes de saúde da família, que conhecem as gestantes e toda sua trajetória durante o período gravídico o que é muito importante para aprimoramento do trabalho e qualidade nas análises da comissão... (Ex-membro do comitê 01).

[...] com a implantação dos comitês o número de óbitos infantis no estado do Ceará e na nossa região de saúde caíram bastante. Apesar das dificuldades o comitê possui mais potencialidades que fragilidades (Membro do comitê 04).

Quanto às estratégias para melhorar o processo de trabalho do comitê, frisa-se a possibilidade de o comitê realizar visitas aos municípios e aos serviços de saúde fornecendo orientações para prevenção de óbitos, além da avaliação e monitoramento regular dos óbitos em menores de um ano.

Evidencia-se, enquanto estratégia, a sensibilização dos gestores, a redução da carga de trabalho, a promoção de encontros inter-setoriais e a avaliação das ações do comitê, atividades de educação permanente em saúde.

[...] como estratégia, uma melhor organização da comissão, a sensibilização por parte da gestão e comissão, com menos carga de trabalho para os profissionais representantes no comitê regional [...] reuniões frequentes da comissão o que colaborariam muito nas orientações, nas informações sobre os resultados das investigações para a ESF... (Profissional de saúde 07).

[...] o acompanhamento dos indicadores de mortalidade possibilitaria uma melhor assistência de saúde para a redução das mortes preveníveis... (Membro do Comitê 01).

Estabelecer rotina de atividade e encontros do Comitê/ gestão/ profissionais. O comitê poderia estar mais próximo dos municípios, realizando educação continuada, monitorando suas ações e recomendações... (Ex-membro do comitê 02).

[...] o comitê deveria fortalecer laços intersetoriais, avaliar e monitorar as ações recomendadas aos municípios e disseminar informações importantes para todo o território, para que se amplie o cuidado... (Profissional de saúde 03).

Desse modo, segundo Careti, Scarpelini, Furtado (2014), é vital ampliar a visão para assistência materno-infantil, procurando meios que subsidiem uma assistência cada vez mais qualificada ao binômio mãe-filho. Buscando ainda compreender os questionamentos relacionados à não realização do pré-natal, ou sua não adesão. Os percursos para a atenção com qualidade encontram-se discutidos no âmbito das políticas públicas de saúde materno-infantil. Assim, no dia a dia dos serviços de saúde, compete a cada um dos profissionais de saúde realizar reflexões acerca das fortalezas existentes, a fim de conservá-las e observar, no cenário dos problemas enfrentados, aqueles passíveis de serem transformados para diminuição da mortalidade infantil (Maia, Souza, Mendes, 2020).

Quando avaliadas essas políticas localmente, podemos associar que o Ceará e a Região de Saúde estudada apresentam entraves, principalmente na comunicação, mas também muitas potencialidades para o enfrentamento da mortalidade infantil na região (Souza *et al.*, 2021; Teixeira, Magalhães e Albuquerque, 2020; Sousa e Nations, 2011).

Em razão do período pandêmico, houve a necessidade de protelar a investigação dos óbitos infantis, indagou-se aos participantes sobre tal acontecimento. Os relatos indicam o mascaramento das mortes infantis pela Covid-19, prejudicando o andamento na detecção das causas, trazendo impactos significativos ao sistema de saúde, contribuindo para a elevação de casos e falta de investigação destes no âmbito municipal e assim subsequentemente, configurando-se como uma fragilidade.

[...] o cancelamento das investigações de óbitos infantis na pandemia dificulta bastante a continuidade do trabalho do comitê... infelizmente as causas de óbitos poderão ser mascaradas pelo COVID e trazer um atraso muito grande na identificação das causas dos óbitos... (Profissional de saúde 07).

A pandemia da Covid-19 causou impacto no sistema de saúde em todo mundo, contribuindo para o aumento dos óbitos, como também para não realização da investigação pela comissão municipal de Mortalidade e conseqüentemente pelo comitê regional, o que representa um cenário preocupante, pois através da investigação é possível analisar e identificar os problemas ocorridos e, portanto, definir ações e recomendações com o intuito de evitar novas mortes (Membro do Comitê 02).

Ao final do processo de análise das entrevistas, procedeu-se à construção da nuvem de palavras, onde podemos verificar a frequência de palavras ditas nos relatos dos participantes, onde quanto maior o número de vezes em que determinada palavra foi repetida, maior é o seu tamanho na apresentação gráfica, ou seja, exibe uma maior constância, como podemos visualizar na figura abaixo.

Figura 1 – Nuvem de Palavras



Fonte: Damasceno, 2022.

Encaminhamentos para a prática

Frente às considerações elencadas e à escassez de estudos na literatura que abordem discussões específicas sobre o mecanismo de funcionamento dos comitês, bem como as percepções dos participantes acerca dos impactos de suas ações sobre a taxa de mortalidade infantil, julga-se que o estudo realizado apresenta o reconhecimento da importância dos comitês para investigação e conhecimento dos casos, contribuindo para o desenvolvimento de ações que promovam resultados positivos no âmbito do processo de trabalho, em todas as esferas de investigação.

A partir dos resultados encontrados, constatou-se o relevante papel das equipes de estratégia saúde da família para realização da investigação dos óbitos infantis, sendo responsável pela detecção dos casos, identificação da causa do óbito e encaminhamento ao comitê, articulando-se de forma intersectorial com os demais envolvidos no processo investigativo.

Desse modo, depreende-se que a atuação do comitê trouxe um grande avanço na prevenção de óbitos infantis no Ceará e na Região de Saúde analisada. Embora haja dificuldades para implementação das ações, o comitê tem conseguido analisar e identificar os problemas no âmbito da rede de assistência visando à construção de estratégias preventivas.

Todavia, os participantes observam, como uma das fragilidades de implementação das ações dos comitês, a limitação em relação à divulgação das informações, o que leva a recorrências de óbitos por causas já determinadas anteriormente.

Em síntese, o olhar dos participantes, sejam membros ou profissionais do serviço, permitiu ajuizar que os comitês têm apresentado resultados positivos para a diminuição da mortalidade infantil, mas requerem, para tal, a participação de toda a sociedade, englobando profissionais da saúde, gestores e usuários, com vistas ao planejamento de intervenções que promovam a redução da mortalidade infantil, principalmente, por causas evitáveis.

Por fim, em razão do período pandêmico e da paralisação das atividades dos comitês, recomendam-se, além da retomada das ações a fim de realizar a adequada investigação dos óbitos, estudos futuros que permitam compreender, de forma mais aprofundada, os impactos da pandemia nos indicadores de mortalidade infantil. Conclui-se que as ações do comitê são essenciais, visto que a suspensão das atividades compromete ações básicas de prevenção e de atenção à saúde materno-infantil.

Referências

ALVES, T. F.; COELHO, A. B. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1259-1264, 2021.

ARAÚJO, G. A. S. *et al.* Padrão espaço-temporal e fatores relacionados à mortalidade infantil no Nordeste brasileiro. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 43, p. e20210177, 2022.

BONATTI, A.; SILVA, A. M. C.; MURARO, A. P. Mortalidade infantil em Mato Grosso, Brasil: tendência entre 2007 e 2016 e causas de morte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2821-2830, 2020.

BONFIM, C. V. *et al.* Análise espacial das desigualdades na mortalidade fetal e infantil por causas evitáveis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigilância do óbito de causa natural inespecífica no Brasil, 2024*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-vigilancia-do-obito-de-causa-natural-inespecifica-no-brasil.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2014.

CARETI, C. M.; SCARPELINI, A. H. P.; FURTADO, M. C. C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 352-60, 2014.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Estado da Saúde. *Manual técnico ara atuação dos comitês de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal*. Fortaleza: SEPOS; 2022. 26p. Disponível em https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/09/Manual_Tecnico_comites_0922.pdf. Acesso em: 6 ago. 2014.

DAMASCENO, B. J. da S. *Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil: uma análise sob o olhar dos profissionais de saúde*. 2022. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/72003>. Acesso em: 07 ago. 2024.

FREITAS, J. L. *et al.* Mortalidade infantil por causas evitáveis em Rondônia: estudo de série temporal, 2008-2018. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, 2021.

HATISUKA, M. F. B.; MOREIRA, R. C.; CABRERA, M. A. S. Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 4341-4350, 2021.

LODI, G. S. F. *et al.* Perfil e funcionamento de comitês municipais de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 10, 2020.

MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V.; MENDES, A. C. G. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00057519, 2020.

- MARONESI, N. L. *et al.* Análise do indicador de mortalidade infantil em um município do Sudoeste do Paraná. *Espaço para a Saúde*, v. 22, 2021.
- MARTINS, P. C. R.; PONTES, E. R. J. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis em municípios de fronteira e não fronteira. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, p. 201-210, 2020.
- NÓBREGA, E. C. M. *et al.* Desafios do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil em um município cearense. *Cadernos ESP*, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2019.
- OLIVEIRA, C. M.; BONFIM, C. V.; MEDEIROS, Z. M. Mortalidade infantil e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos das ações da vigilância do óbito. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 11, n. 2, p. 1078-1085, 2017.
- PASKLAN, A. N. P. *et al.* Análise espacial da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde na redução da mortalidade infantil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 6247-6258, 2021.
- PIZZO, L. G. P. *et al.* Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 23, p. 908-918, 2014.
- PREZOTTO, K. H. *et al.* Child mortality: trend and changes after the implantation of the rede mãe paranaense program. *Enfermería Global*, v. 18, n. 3, p. 497-509, 2019.
- RAMOS, J. S. M. R.; BERTTI, K. C. X. A importância dos comitês de mortalidade infantil no monitoramento de óbitos infantis e fetais no Brasil. *Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAIT*, n. 2, 2019.
- SANTANA, I. P. *et al.* Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, p. 556-562, 2011.

SILVA, A. F.; SILVA, J. P. Mortalidade infantil evitável em Minas Gerais: perfil epidemiológico e espacial. *Revista Bioética*, v. 28, p. 276-280, 2020.

SOUSA, J. R. P.; NATIONS, M. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 260-268, 2011.

SOUZA, C. D. F. *et al.* Novo século, velho problema: tendência da mortalidade infantil e seus componentes no Nordeste brasileiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 29, p. 133-142, 2021.

TEIXEIRA, M. R. C.; MAGALHÃES, B. C.; ALBUQUERQUE, G. A. Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal: importância, finalidade e funcionamento. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, v. 10, n. 2, p. 243- 259, 2020.

VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 379-389, 2013.

PMAQ e gestão da Atenção Primária à Saúde

cenários político e organizativo e processo de trabalho para uma cultura avaliativa na saúde

*Nalber Sigian Tavares Moreira
Ana Patrícia Pereira Moraes
Ana Paula Soares Gondim*

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, ao longo das últimas quatro décadas, tem se consolidado como elemento central na organização dos sistemas de saúde. Esse processo foi impulsionado pela Conferência de Alma-Ata em 1978, que estabeleceu os princípios e diretrizes da APS, enfatizando a importância de um modelo de atenção centrado na comunidade e orientado para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Paim *et al.*, 2011). A definição sistematizada por Starfield (2003) destaca a APS como a porta de entrada do sistema de saúde, representando o primeiro nível de atenção e um modelo de reorganização dos serviços de saúde ao redor do mundo (Souza, 2015).

No Brasil, a APS passou por um processo significativo de expansão e fortalecimento, especialmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. A partir dos anos 1990, com a municipalização do SUS e a introdução da Estratégia Saúde da Família (ESF), a APS se tornou o eixo organizador das práticas sanitárias, contribuindo para a ampliação do acesso e a melhoria dos indicadores de saúde (Starfield, 2003; BRASIL, 2010). A ESF, em particular, tem sido fundamental para a reorganização da APS, promovendo a integração das ações de saúde e a proximidade com a comunidade (Brasil, 2019).

A história da APS no Brasil remonta a iniciativas pioneiras como os centros de saúde dos anos 1920 e o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) na década de 1940, que focavam na educação sanitária e na prevenção de doenças infecciosas (Mendes, 2015). A reforma sanitária dos anos 1980 e a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foram marcos importantes na construção do SUS, consolidando os princípios de universalidade, descentralização e participação popular (Mendes, 2015). Essas mudanças culminaram na adoção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e, posteriormente, na criação da ESF, que ampliaram significativamente a cobertura e a eficácia da APS (Souza, 2015; Barbosa, 2017).

Apesar dos avanços, a APS no Brasil ainda enfrenta desafios, como a necessidade de melhorar a qualidade da atenção, integrar ações e superar o subfinanciamento crônico (BRASIL, 2019). A implementação de políticas de avaliação e monitoramento, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), foi importante para promover a cultura de avaliação e a melhoria contínua dos serviços de saúde (Folli, 2016). Essas iniciativas buscam assegurar que a APS continue a desempenhar seu papel central na promoção da saúde e na coordenação do cuidado no sistema de saúde brasileiro (Figueiredo, 2011).

Contexto do estudo

A pesquisa insere-se no campo da avaliação em saúde, especificamente voltada para a análise do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O estudo adota uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, seguindo as orientações metodológicas de Minayo (2011). Esse tipo de pesquisa permite uma maior familiaridade com o problema estudado, proporcionando uma compreensão mais profunda dos significados e percepções dos sujeitos envolvidos (Minayo, 2011). A escolha pela abordagem justifica-se pela necessidade de compreender os aspectos subjetivos e as vivências dos gestores em relação ao PMAQ-AB.

Os participantes da pesquisa foram os secretários municipais de saúde e os coordenadores responsáveis pela Atenção Primária à Saúde (APS) de cada uma das secretarias de saúde da 20ª Região de Saúde de Crato, no sul do Ceará. A escolha desses sujeitos justifica-se pela posição estratégica que ocupam na gestão e na operacionalização do PMAQ, sendo diretamente responsáveis pela implementação das diretrizes e pelo acompanhamento dos resultados do programa. A participação voluntária foi assegurada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as normas éticas vigentes. Esse perfil de participantes permitiu obter uma visão abrangente e detalhada sobre a implementação do PMAQ, destacando tanto as potencialidades quanto as dificuldades enfrentadas na gestão do programa.

A análise de conteúdo foi utilizada como técnica principal para a interpretação dos dados coletados, conforme preconizado por Minayo (2014). Essa técnica permite a identificação de núcleos de sentido, possibilitando uma análise crítica e reflexiva sobre as percepções dos gestores quanto à implementação e impacto do programa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, agendadas conforme a disponibilidade dos participantes e realizadas em locais reservados para garantir o sigilo das informações. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas

conforme os preceitos da análise de conteúdo temática. Os dados foram organizados em categorias empíricas, refletindo a percepção dos gestores sobre a finalidade do PMAQ-AB, suas contribuições, fragilidades e desafios, bem como o papel dos gestores na condução do programa. A metodologia adotada permitiu uma articulação entre os dados empíricos e o referencial teórico, proporcionando uma compreensão aprofundada do objeto de estudo.

Os objetivos desta pesquisa incluem analisar a compreensão dos gestores sobre o PMAQ-AB, identificar as dificuldades e potencialidades na sua implementação e avaliar o comprometimento dos gestores com o processo avaliativo. A justificativa para a realização do estudo reside na importância de aprimorar os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo uma cultura de avaliação e melhoria contínua dos serviços de saúde. A pesquisa busca fornecer subsídios para a formulação de políticas mais eficazes, alinhadas às realidades locais e às necessidades da população atendida.

Resultados e discussão

O percurso metodológico adotado permitiu uma aproximação com os significados das falas dos entrevistados, possibilitando extrair inicialmente os núcleos de sentidos. Emergiram da pesquisa os seis núcleos seguintes:

- a) percepção sobre a finalidade do PMAQ;
- b) impactos nos processos de trabalho das equipes; avanços e contribuições;
- c) dificuldades e críticas;
- d) perspectivas e desafios;
- e) o comprometimento do gestor no PMAQ: experiências e vivências;
- f) alinhamento e integração dos gestores.

Baseado nesses núcleos de sentido, construíram-se as sínteses de onde extraímos as três categorias empíricas da pesquisa apresentadas no Quadro 1, que foram analisadas e discutidas com base no referencial e pressupostos teóricos do estudo.

Quadro 1– Distribuição das categorias empíricas da pesquisa com seus núcleos de sentido

Categorias empíricas	Núcleos de sentido
O PMAQ: reflexão sobre a compreensão de sua finalidade para os gestores municipais de saúde.	Percepção sobre a finalidade do PMAQ
PMAQ e sua amplitude na gestão da APS: contribuições, fragilidades e desafios.	Impactos nos processos de trabalho das equipes, avanços e contribuições.
	Dificuldades e críticas.
	Perspectivas e desafios
O papel dos gestores comprometimento e integração no PMAQ:	O comprometimento do gestor no PMAQ: experiências e vivências
	Alinhamento e integração dos gestores

Fonte: elaborado pelos autores.

O PMAQ: REFLEXÃO SOBRE A COMPREENSÃO DE SUA FINALIDADE PARA OS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

A análise das percepções dos gestores municipais de saúde sobre o PMAQ revelou uma variedade de entendimentos e sentimentos. Muitos gestores reconhecem o programa como um instrumento potencial para a melhoria da infraestrutura das unidades de saúde. A maioria dos secretários de saúde associam o PMAQ à captação de recursos financeiros, destacando sua relevância na obtenção de melhorias físicas e materiais para as unidades básicas de saúde (UBS). Essa visão, embora importante, é limitada, pois não

abrange a totalidade dos objetivos do programa, que visa, além da infraestrutura, à melhoria dos processos de trabalho e da qualidade do atendimento prestado (Pinto, 2018).

Apesar do reconhecimento das melhorias infraestruturais, os gestores também apontaram diversas dificuldades na implementação do PMAQ. Entre as principais críticas, destacam-se a percepção de uma abordagem punitiva durante a avaliação externa e a prática da chamada “PMAQuiagem”, quando as unidades se preparam superficialmente para a avaliação, sem promover mudanças duradouras nos processos de trabalho. Essa prática evidencia uma fragilidade na compreensão do verdadeiro propósito do PMAQ e sugere a necessidade de uma abordagem mais integrativa e educativa no processo avaliativo (Silva *et al.*, 2016).

A sobrecarga de trabalho e o desgaste emocional também foram mencionados como consequências adversas do programa. Alguns coordenadores relataram sentimentos de ansiedade e competitividade exacerbada, gerando conflitos internos e impactos negativos na saúde mental dos profissionais. A necessidade de cumprimento de metas e a pressão por boas avaliações criam um ambiente de trabalho estressante, o que pode comprometer a qualidade do serviço oferecido e o bem-estar dos trabalhadores (Carreiro *et al.*, 2016).

No entanto, as potencialidades do PMAQ também foram reconhecidas. O programa é visto como um estímulo à autoavaliação e ao aprimoramento contínuo das práticas de saúde. A possibilidade de utilizar os recursos do PMAQ para a capacitação profissional e a melhoria das condições de trabalho é considerada uma das principais vantagens. Além disso, o comprometimento dos gestores com a avaliação e a implementação de mudanças estruturais e processuais são aspectos positivos destacados na pesquisa. Para que o PMAQ alcance seus objetivos plenamente, é essencial que haja uma maior integração entre gestores, equipes de saúde e a comunidade, promovendo uma cultura de avaliação contínua e colaborativa (Folli, 2016).

PMAQ E SUA AMPLITUDE NA GESTÃO DA APS: CONTRIBUIÇÕES, FRAGILIDADES E DESAFIOS

A implementação do PMAQ tem gerado diferentes percepções entre os gestores municipais de saúde. A análise revelou que muitos gestores consideram o programa uma ferramenta essencial para a captação de recursos financeiros, destinados principalmente à melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS). No entanto, essa visão é limitada, pois não considera os objetivos mais amplos do PMAQ, que incluem a melhoria dos processos de trabalho e da qualidade do atendimento prestado (Pinto, 2018).

Diversas dificuldades na implementação do PMAQ foram identificadas. Entre as críticas mais comuns, está a percepção de uma abordagem punitiva durante a avaliação externa. Além disso, a prática da “PMAQuiagem”, pela qual as unidades se preparam superficialmente apenas para a avaliação, sem promover mudanças duradouras nos processos de trabalho, foi amplamente mencionada. Isso sugere uma necessidade de reorientação do programa para uma abordagem mais integrativa e educativa (Silva *et al.*, 2016).

A sobrecarga de trabalho e o desgaste emocional dos profissionais de saúde também foram destacados como impactos negativos do PMAQ. A pressão por boas avaliações e o cumprimento de metas criam um ambiente de trabalho estressante, que pode comprometer tanto a qualidade dos serviços quanto a saúde mental dos trabalhadores. Esse cenário demanda uma atenção especial para a criação de condições de trabalho mais saudáveis e equilibradas (Carreiro *et al.*, 2016).

Apesar das críticas, o PMAQ também é reconhecido por suas potencialidades. O programa incentiva a autoavaliação e o aprimoramento contínuo das práticas de saúde. A possibilidade de utilizar os recursos do PMAQ para a capacitação profissional e a melhoria das condições de trabalho é vista como uma das principais vantagens do programa. Esses aspectos positivos destacam a importância de uma maior integração entre gestores, equipes de saúde e a comunidade (Folli, 2016).

A análise dos dados evidenciou que a compreensão dos gestores sobre a finalidade do PMAQ varia significativamente. Enquanto alguns gestores valorizam o programa pela sua capacidade de promover melhorias infraestruturais, outros destacam seu potencial transformador para a reorganização dos processos de trabalho e a melhoria da qualidade do atendimento. Essa diversidade de percepções indica a necessidade de uma maior clareza e comunicação sobre os objetivos e benefícios do PMAQ (Pinto, 2018).

Os gestores identificaram diversas fragilidades na implementação do PMAQ. Entre elas, a falta de articulação adequada entre a gestão e as equipes de saúde foi mencionada como um dos principais desafios. A ausência de uma comunicação eficiente e a resistência às mudanças são barreiras que dificultam a plena implementação do programa. Superar essas fragilidades exige um esforço coordenado e uma abordagem mais colaborativa (Silva *et al.*, 2016).

A pressão por resultados e a competitividade exacerbada gerada pelo PMAQ também foram apontadas como aspectos negativos. Essas condições podem levar a um aumento da ansiedade e do estresse entre os profissionais de saúde, prejudicando o ambiente de trabalho e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento. É necessário, portanto, encontrar um equilíbrio entre a busca por resultados e o bem-estar dos trabalhadores (Carreiro *et al.*, 2016).

No entanto, a análise dos resultados também destacou a importância do PMAQ como um estímulo para a melhoria contínua das práticas de saúde. O programa promove uma cultura de avaliação e autoavaliação, que é essencial para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais eficaz e eficiente. A capacitação contínua dos profissionais e a utilização dos recursos do PMAQ para a melhoria das condições de trabalho são fundamentais para o sucesso do programa (Folli, 2016).

Os gestores ressaltaram a necessidade de uma maior integração entre as diferentes esferas de governo e os profissionais de saúde. A implementação do PMAQ requer uma abordagem colaborativa, com todos os atores envolvidos compartilhando responsabilidades e trabalhando juntos para alcançar os objetivos do programa.

Essa integração é essencial para a criação de um ambiente de trabalho mais harmonioso e eficiente (Pinto, 2018).

Em conclusão, o PMAQ apresenta tanto desafios quanto oportunidades para a gestão da Atenção Primária à Saúde. As críticas e dificuldades identificadas pelos gestores indicam a necessidade de ajustes e reorientações no programa. No entanto, as potencialidades do PMAQ, como o incentivo à autoavaliação e a possibilidade de melhoria das condições de trabalho, destacam sua importância para o fortalecimento da APS. A continuidade do programa e o seu aprimoramento dependem de uma maior clareza sobre seus objetivos, uma comunicação eficiente e uma abordagem colaborativa entre todos os atores envolvidos (Silva *et al.*, 2016).

O PAPEL DOS GESTORES NO PMAQ

A gestão municipal de saúde desempenha um papel fundamental na implementação e operacionalização do PMAQ, sendo responsável por coordenar as ações e garantir que as metas e objetivos do programa sejam atingidos. Os gestores precisam ter uma compreensão clara dos objetivos do PMAQ para poderem orientá-los de maneira eficaz. Essa compreensão inclui a necessidade de melhorar tanto a infraestrutura quanto os processos de trabalho e a qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde (UBS) (Silva *et al.*, 2016).

Os gestores enfrentam diversos desafios ao implementar o PMAQ. Um dos principais obstáculos é a resistência às mudanças por parte das equipes de saúde. Muitos profissionais veem o programa como uma imposição, o que gera um ambiente de trabalho tenso e pode comprometer o sucesso das ações implementadas. Para superar essa resistência, os gestores precisam adotar uma abordagem mais inclusiva e colaborativa, envolvendo todos os membros da equipe no processo de planejamento e execução das ações (Carreiro *et al.*, 2016).

A capacitação contínua dos gestores é essencial para o sucesso do PMAQ. Eles precisam estar constantemente atualizados sobre as diretrizes e melhores práticas do programa para poderem orientar suas equipes de maneira eficaz. A formação de gestores competentes

e bem-informados é fundamental para garantir que as metas do PMAQ sejam alcançadas e que as ações implementadas tenham um impacto positivo na qualidade do atendimento (Pinto, 2018).

Além da capacitação, é importante que os gestores desenvolvam habilidades de liderança e gestão de pessoas. Eles devem ser capazes de motivar suas equipes, promover um ambiente de trabalho harmonioso e lidar com conflitos de maneira eficaz. Essas habilidades são cruciais para garantir que o PMAQ seja implementado de maneira eficiente e que as metas estabelecidas sejam atingidas (Silva *et al.*, 2016).

A comunicação eficaz entre gestores e equipes de saúde é outro fator determinante para o sucesso do PMAQ. Os gestores devem garantir que todas as informações relevantes sobre o programa sejam claramente comunicadas a todos os membros da equipe. Isso inclui informações sobre metas, indicadores de desempenho e os critérios de avaliação utilizados pelo PMAQ. Uma comunicação clara e transparente pode ajudar a reduzir a resistência às mudanças e aumentar o comprometimento das equipes com os objetivos do programa (Carreiro *et al.*, 2016).

Os gestores também devem garantir que os recursos financeiros disponibilizados pelo PMAQ sejam utilizados de maneira eficiente e transparente. Isso se traduz na alocação de recursos para a melhoria da infraestrutura das UBS, a capacitação das equipes de saúde e a implementação de ações voltadas para a melhoria da qualidade do atendimento. A transparência na gestão dos recursos é essencial para garantir a confiança das equipes e da comunidade no programa (Pinto, 2018).

A avaliação contínua das ações implementadas é fundamental para o sucesso do PMAQ. Os gestores devem monitorar constantemente os indicadores de desempenho e utilizar os resultados das avaliações para orientar as ações futuras. Estão incluídas aí a identificação de áreas que necessitam de melhorias e a implementação de ações corretivas quando necessário. A avaliação contínua permite que os gestores ajustem suas estratégias e garantam que as metas do PMAQ sejam atingidas (Silva *et al.*, 2016).

Finalmente, a integração entre as diferentes esferas de governo e a comunidade é essencial para o sucesso do PMAQ. Os gestores devem garantir que todas as ações implementadas estejam alinhadas com as políticas de saúde locais, estaduais e federais. Além disso, a participação ativa da comunidade no planejamento e na execução das ações é fundamental para garantir que as necessidades e expectativas dos usuários do sistema de saúde sejam atendidas (Carreiro *et al.*, 2016).

Encaminhamentos para a prática

A implementação do PMAQ exigiu um conjunto de ações coordenadas visando aprimorar a gestão e a qualidade dos serviços de saúde. Os encaminhamentos para a prática apresentados a seguir foram elaborados com base nas análises dos resultados e das considerações finais do estudo, destacando-se as principais estratégias para superar os desafios identificados e potencializar os benefícios de futuros programas de avaliação da APS.

CAPACITAÇÃO CONTÍNUA DOS GESTORES E EQUIPES

É necessário promover treinamentos regulares e contínuos para gestores e equipes de saúde, abordando aspectos técnicos e habilidades de liderança e gestão. Esses treinamentos devem incluir módulos sobre a importância da avaliação contínua e sobre como utilizar dados para a melhoria dos serviços de saúde. Além dos treinamentos formais, a participação em seminários, *workshops* e cursos de curta duração é recomendada para a troca de experiências e aprendizado contínuo, adaptando práticas exitosas de outros contextos à realidade local.

MELHORIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE GESTÃO E EQUIPES

Estabelecer canais de comunicação claros e abertos é fundamental para a implementação bem-sucedida dos programas. Gestores

devem garantir que todas as informações relevantes sejam transmitidas de maneira eficiente e compreensível. Reuniões periódicas são essenciais para discutir os objetivos do programa, compartilhar resultados de avaliações e planejar ações futuras. Utilizar ferramentas de comunicação diversas, como boletins informativos e plataformas digitais, ajuda a manter todos os membros da equipe informados e engajados.

FORTALECIMENTO DA CULTURA AVALIATIVA

Incentivar a prática regular de autoavaliação nas unidades de saúde é essencial para fortalecer a cultura avaliativa. Equipes devem ser encorajadas a realizar autoavaliações periódicas, utilizando os resultados para identificar pontos fortes e áreas que necessitam de melhorias. Para apoiar essa prática, gestores devem fornecer ferramentas e recursos adequados, como instrumentos de avaliação padronizados e treinamentos sobre como conduzir autoavaliações, criando um ambiente que valorize a reflexão crítica e a busca por melhorias contínuas.

ALINHAMENTO DE OBJETIVOS

Os objetivos do programa devem estar claramente alinhados com as necessidades e prioridades locais. Gestores devem adaptar as diretrizes do programa às especificidades de cada município, respeitando suas particularidades e envolvendo a comunidade no processo de planejamento e execução das ações. Realizar um diagnóstico participativo que inclua a opinião de profissionais de saúde e usuários orientará a definição de metas e ações prioritárias, contribuindo para a efetividade do programa.

USO TRANSPARENTE DOS RECURSOS

A gestão transparente dos recursos financeiros do PMAQ é essencial para garantir a confiança das equipes de saúde e da comunidade. Gestores devem estabelecer critérios claros e justos para a

distribuição dos recursos, priorizando ações que promovam a melhoria da infraestrutura das UBS, a capacitação dos profissionais e a qualidade do atendimento. Transparência na gestão dos recursos inclui a prestação de contas regular sobre a utilização dos recursos e os resultados alcançados, envolvendo a comunidade na fiscalização e no acompanhamento.

AVALIAÇÃO CONTÍNUA DAS AÇÕES

A avaliação contínua das ações implementadas é indispensável para garantir que os objetivos do programa sejam atingidos. Gestores devem monitorar constantemente os indicadores de desempenho e utilizar os resultados das avaliações para orientar ações futuras e realizar ajustes necessários. A avaliação contínua deve incluir a participação ativa das equipes de saúde, promovendo um ambiente de aprendizado e melhoria contínua. Analisar dados de desempenho permite identificar áreas que necessitam de aprimoramento e implementar ações corretivas rapidamente.

PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL

Criar um ambiente de trabalho saudável é essencial para garantir a motivação e o bem-estar dos profissionais de saúde. Gestores devem adotar práticas que promovam a saúde mental e física dos trabalhadores, como programas de prevenção ao estresse e atividades de promoção da qualidade de vida. Promover uma cultura organizacional que valorize o respeito, a colaboração e o reconhecimento profissional contribui para a redução da rotatividade de pessoal, o aumento da satisfação no trabalho e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

Referências

BARBOSA, J. P. A. *Saúde e poder: uma história das instituições de saúde pública do estado do Ceará*. Fortaleza: RDS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cobertura da atenção básica Brasil*. 2019. Disponível em: www.dab.saude.gov.br. Acesso em: 04 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF)*. Brasília: MS, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual para o Trabalho de Campo PMAQ: 3º Ciclo (Avaliação Externa) Orientações Gerais (versão preliminar)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARREIRO, G. S. P. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, p. 146-55, 2013.

FOLLI, S. P. de L. *Análise do componente avaliativo do PMAQ na perspectiva de gestores e profissionais de saúde*. Campinas, SP, 2016. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/321611/1/Folli_SandraPessoadadeLima_M.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2024.

FIGUEIREDO, N. M. A. *Método e metodologia na pesquisa científica*. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

MENDES, E. V. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: CONASS, 2015.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

PAIM, J. S. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2011. 446p.

PINTO, H. A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. Informe técnico institucional. *Revista Eletrônica – Tempus: Actas de Saúde Coletiva* Capa, v. 6, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1131/1044>. Acesso em: 11 ago. 2024.

SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. *Trab. Educ. Saúde*, v. 9, n.1, p. 95-108, mar/jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a07.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2024.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, set./out. 2015. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2024.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: Unesco, 2003.

Conhecimento e comportamento em relação à transmissão de HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis em adultos

*Karlina Nascimento Farias
Tomaz de Medeiros Aquino
Paulo Sérgio Dourado Arrais*

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (IST), o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e as hepatites virais representam um desafio significativo para a saúde pública mundial, apesar dos avanços nos diagnósticos e tratamentos (Who, 2024). Transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual, seja ele anal, vaginal ou oral, essas infecções podem ser causadas por vírus, fungos, bactérias e protozoários (Brasil, 2022a).

As principais manifestações clínicas das IST são: corrimento vaginal/uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais. Quando

não diagnosticadas e tratadas, podem levar a sequelas permanentes, como a infertilidade (Brasil, 2022a; Brasil, 2022b; Hilbert; Reno, 2018). Seu diagnóstico está associado a sofrimentos psicológicos (Hughes; Sawleshwarkar, 2022) que impactam na qualidade de vida da pessoa infectada (Tavares *et al.*, 2021). É importante destacar que a presença de IST pode facilitar a transmissão do HIV (Szwarcwald *et al.*, 2018).

O início precoce da vida sexual, a atividade sexual desprotegida e sua prática com múltiplos parceiros, o consumo de álcool ou substâncias ilícitas, a presença anterior de IST, as condições socioeconômicas desfavoráveis, a difícil comunicação sobre questões sexuais entre pacientes e profissionais de saúde e a resistência aos medicamentos são fatores que dificultam o controle das IST. (Moreira *et al.*, 2021; GräF; Mesenburg; Fassa, 2020).

A Atenção Primária em Saúde é responsável pela implementação de ações de prevenção e assistência às IST, tendo como principais atribuições o acolhimento, a realização de educação em saúde; a consulta imediata aos sintomáticos; a testagem rápida, a solicitação/coleta de exames e o tratamento dos parceiros sexuais (Brasil, 2022b). A identificação dos fatores de risco é fundamental para o planejamento e implementação de ações de prevenção e promoção da saúde pelas Equipes de Saúde da Família (Reis *et al.*, 2018).

A alta demanda espontânea e os agendamentos de consulta de prevenção ao câncer de colo uterino por pessoas com sinais e sintomas de IST é um problema percebido por um dos autores, em seu campo de trabalho como enfermeira na Equipe de Saúde da Família no município de Fortaleza.

Em relação aos estudos publicados sobre a temática, a maioria tem explorado as atitudes sexuais de adolescentes (Rizzon *et al.*, 2021), mulheres (Britto *et al.*, 2018) e adultos jovens com limite de até 29 anos (Gomes; Lopes, 2022). Percebe-se uma carência de estudos que abordem especificamente o comportamento de adultos, incluindo os de meia idade, que, em sua maioria, não estão na escola e, portanto, não são beneficiados por programas de educação em saúde com abordagem na prevenção das IST.

Dessa forma, no Brasil, diversas iniciativas focadas na prevenção e controle das IST e hepatites virais são implementadas, a exemplo do programa Brasil Saudável, instituído pelo Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024, que visa articular estratégias eficazes para alcançar o fim de doenças e infecções determinadas e perpetuadas pelos ciclos da pobreza, fome e das desigualdades sociais no país (Brasil, 2024). Com essa iniciativa, o país se alinha às diretrizes e metas da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas para alcançar os objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) no Brasil.

Além disso, estudos que abordem questões relacionadas às IST, HIV/Aids e aos determinantes da prática do sexo desprotegido fazem parte das agendas nacionais de prioridades de pesquisa em saúde. Diante do exposto, essa pesquisa objetivou avaliar o conhecimento e o comportamento de adultos de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza, em relação às IST e HIV/Aids.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal, desenvolvido em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) localizada em Fortaleza, no bairro Bom Jardim. O território de responsabilidade das equipes dessa UAPS compreende parte de dois bairros, Siqueira e Bom Jardim. Estes estão entre os dez mais pobres de Fortaleza. A união das comunidades locais forma a região denominada Grande Bom Jardim conhecida como uma região com altos índices de violência e tráfico de drogas (Centro Cultural Bom Jardim, 2024). A vulnerabilidade social do território foi fator predominante para sua escolha como local de estudo.

A população do estudo foi composta por adultos na faixa etária de 20 a 59 anos. A quantidade de adultos vinculados à UAPS é de 11.626, de acordo com o prontuário eletrônico utilizado pela empresa “Fast Medic” adotado pela prefeitura municipal de Fortaleza em todas as unidades de atenção primária e nas policlínicas da cidade.

Para o cálculo da amostra de populações finitas, utilizou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Onde Z = nível de confiança = 95%; P = Quantidade de acerto esperado = 50%; Q = quantidade de erro esperado = 50%; N = População total = 11.626; e = nível de precisão 7%, sendo o valor da amostra n = 193.

Foram incluídas no estudo pessoas que estavam na unidade para consultas de rotina, demanda aos testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C ou buscando algum outro tipo de atendimento, que residiam no território de abrangência da UAPS, de ambos os sexos e com idade entre 20 e 59 anos.

Foram excluídas do estudo pessoas alcoolizadas ou sob efeitos de drogas que impossibilitaram a compreensão das perguntas e respostas do instrumento e as que recusaram participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março a junho de 2019. Foi utilizado um recorte do questionário de coleta de dados (Anexo A) utilizado pelo Ministério da Saúde para a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira com adaptações. Foram selecionadas perguntas dos blocos A (Informações sociodemográficas); B (Formas de transmissão de algumas doenças); C (Doenças sexualmente transmissíveis); D (Teste de HIV) e F (Acesso a preservativos) que respondiam ao objetivo do estudo (Brasil, 2016).

No instrumento, constam perguntas sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, conhecimentos e comportamento em relação à IST e HIV/Aids. No questionário de dados sociodemográficos, foram acrescentadas pela autora as seguintes perguntas: Você é beneficiário do programa bolsa família? Quantas pessoas moram com você? Qual a renda da família considerando todos que residem com você? Tais perguntas tinham a finalidade de determinar melhor a condição socioeconômica dos participantes da pesquisa.

O instrumento foi aplicado por enfermeiras que atuam na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde em que ocorreu o estudo. As entrevistas foram realizadas em consultório da UAPS, garantido a privacidade do entrevistado.

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre as formas de transmissão de doenças e sobre oito afirmações acerca do conhecimento sobre o vírus da Aids e algumas de suas formas de transmissões, com as quais os usuários puderam concordar ou discordar, ou declarar não saber.

Quanto ao comportamento de prevenção e controle de IST, foram analisados os indicadores de exame ginecológico entre as mulheres; sobre a realização de teste rápido pelo menos uma vez na vida e sobre a autopercepção de risco de se infectar com o vírus da Aids. Avaliou-se o acesso a insumos de prevenção. Em relação ao comportamento sexual, todas as questões tinham a opção de não responder. Em relação às substâncias psicoativas, os usuários foram indagados se o uso de álcool ou outras drogas já fez com que o entrevistado tivesse tido relações sexuais sem preservativo.

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreremos à análise descritiva, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados. Os dados foram dispostos em forma de tabela, nas quais foram contabilizadas as frequências e porcentagens das variáveis em estudo.

Algumas variáveis foram estratificadas por sexo (masculino, feminino), tais como os referentes aos conhecimentos das formas de transmissões; conhecimentos sobre HIV/Aids; comportamentos e práticas sexuais; antecedentes de sinais de IST; distribuição de sinais de IST. O teste de Fisher foi aplicado para verificar a associação entre duas variáveis nominais. Adotou-se 5% como nível de significância. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0 (USA) e Microsoft Excel 2013.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – UFC com parecer 3.172.936.

Resultados

Participaram do estudo 211 pessoas, a maioria do sexo feminino (55,5%); na faixa etária entre 20 e 29 anos (45,1%); que viviam com companheiro(a) (76,3%); com escolaridade entre 9 e 11 anos de estudo (51,2%); de cor preta ou parda (74,4%); não trabalhavam (62,1%); que possuía renda até um salário-mínimo (70,3%); e com até três pessoas morando na mesma casa (67,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo. Fortaleza, Ceará, 2018 (N=211)

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	94 (44,5)
Feminino	117 (55,5)
Faixa etária	
20 a 29	95 (45,0)
30 a 39	66 (31,3)
40 a 49	32 (15,2)
50 a 59	18 (8,5)
Estado conjugal	
Nunca foi casado ou vivia com companheiro	20 (9,5)
Vive com companheiro atualmente	161 (76,3)
Separado, divorciado ou viúvos	30 (14,2)
Escolaridade	
< 8 anos de estudo	95 (45,0)
≥ 8 anos de estudo	116 (55,0)
Raça	
Branca	36 (17,1)
Preta	31 (14,7)
Amarela	10 (4,7)
Parda	126 (59,7)
Não sei responder	8 (3,8)

Trabalho atual	
Sim	80 (37,9)
Não	131 (62,1)
Renda familiar	
Menos de 1 salário-mínimo	68 (32,5)

Fonte: elaborada pelos autores.

Acrescentam-se as informações (dados não demonstrados em tabela) de que 61,1% afirmaram receber bolsa família; 72,5% tinham acesso à internet; e 14,7% continuavam estudando. Com relação ao conhecimento sobre transmissão de doenças por compartilhamento de material para uso de drogas, como seringa, agulha, cachimbo, latinha, canudo, a grande maioria dos participantes reconheceu a Aids como passível de transmissão por meio desses instrumentos (91,5%). A sífilis (28,9%), a hepatite (22,7%), a gonorreia (9,0%) e a dengue (3,3%) foram menos relacionadas. Por outro lado, 5,7% dos entrevistados acreditam que nenhuma dessas doenças são transmitidas por compartilhamento desses materiais.

A maioria também reconheceu que a Aids pode ser transmitida por meio da relação sexual desprotegida (95,7%), assim como a sífilis (63,0%) e a gonorreia (43,6%). Apenas 26,1% sabiam da possibilidade de transmissão de hepatite sem uso do preservativo; 4,3% acreditavam na transmissão de dengue; e 3,8% acreditavam que nenhuma dessas doenças poderia ser transmitida sem uso do preservativo.

Em relação à transmissão de doenças por compartilhar materiais de manicure, 61,1% dos entrevistados entendem que é possível transmissão do vírus da Aids; e apenas 39,8% relacionam hepatite com essa via de transmissão. A sífilis (13,3%), a gonorreia (5,7%) e a dengue (2,4%) estão pouco relacionadas com a situação, mas 21,8% entendem que nenhuma dessas doenças pode ser transmitida por essa via.

Com relação aos conhecimentos sobre o HIV, a maioria dos entrevistados (80,1%) acreditava que ter relações sexuais apenas com parceiro fiel e não infectado diminuía o risco de transmissão do vírus da Aids; 96,7% concordavam que usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o vírus da Aids seja transmitido durante a relação sexual;

98,1% acreditavam que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada com vírus da Aids; 81,5% acreditavam que compartilhar talheres, copos ou refeições não favorece a infecção pelo vírus da Aids; 87,7% concordavam que uma mulher grávida que esteja com vírus da Aids e faça um tratamento específico durante a gravidez diminui o risco de transmissão do vírus para o seu filho; 13,7% acreditavam que a Aids tem cura; 42,7% concordavam que uma pessoa que toma medicamento para Aids tem menos chance de transmitir o vírus para outras pessoas; e 82,0% acreditavam que Aids é uma doença crônica que pode ser controlada (dados não mostrados em tabela).

Dos 211 entrevistados, 95,5% afirmaram que já tiveram relações sexuais alguma vez na vida, enquanto 51,2% tiveram sua primeira relação com 15 ou menos anos de idade. (Tabela 2).

Do total apresentado para cada pergunta isolada na Tabela 2, percebeu-se que, entre os respondentes, 76,2% não usaram preservativo na primeira relação sexual; 13,4% tiveram relações sexuais com alguém do mesmo sexo alguma vez na vida; 59,0% afirmaram que tiveram relações apenas com homens; e 41,0% somente com mulheres.

A grande maioria afirmou que teve relações nos últimos 12 meses (97,6%) e 82,4% tiveram mais de um parceiro ao longo da vida (Tabela 2). Com relação à última relação sexual; 76,7% afirmaram não ter usado preservativo; 86,7% (n=182) declararam relações sexuais com parceiro fixo no último ano; destes 30,8% (n=56) usaram preservativo; e apenas 4,4% (n=8) o usaram em todas as relações. Apenas 25,7% (n=54) afirmaram ter tido relações sexuais com parceiros casuais. Com relação ao uso de preservativo com parceiro casual, 29 (53,7%) fizeram uso dessa proteção, e apenas 8 (14,8%) utilizaram o preservativo em todas as relações com parceiros casuais no último ano. No que diz respeito a pessoas que se conheceram pela internet, 15,2% (n=32) já tiveram relação sexual com essas pessoas, sendo que 19 (59,4%) afirmaram não ter utilizado preservativo.

No que diz respeito à influência do uso de álcool e drogas nas práticas sexuais, 92,4% concordam que seu uso pode levar a uma relação desprotegida; e 23,7% assumiram que isto já aconteceu em sua vida (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos participantes em relação ao comportamento e práticas sexuais. Fortaleza, Ceará, 2018

Perguntas	Sim n (%)	Não n (%)	Total
Teve relações sexuais alguma vez na vida?	210 (99,5)	1 (0,5)	211
Teve a sua primeira relação sexual com 15 ou menos anos de idade?	108 (51,2)	103 (48,8)	211
Usou camisinha na sua primeira relação sexual?	50 (23,8)	160 (76,2)	210
Teve relação sexual com alguém do mesmo sexo alguma vez na vida?	28 (13,4)	181 (86,6)	209
Você tem relações sexuais com homens e mulheres?	4 (1,9)	206 (98,1)	210
Você tem relações sexuais somente com homens?	124 (59,0)	86 (41,0)	210
Você tem relações sexuais somente com mulheres?	86 (41,0)	124 (59,0)	210
Teve relações sexuais nos últimos 12 meses?	205 (97,6)	5 (2,4)	210
Teve relação com mais de um parceiro(a) sexual?	173 (82,4)	37 (17,6)	210
Pensando na sua última relação sexual, vocês usaram camisinha?	49 (23,3)	161 (76,7)	210
Teve relação com parceiros(as) fixo(as), nos últimos 12 meses?	182 (86,7)	28 (13,3)	210
Vocês usaram camisinha?	56 (30,8)	126 (69,2)	182
Usaram camisinhas todas as vezes?	8 (4,4)	174 (95,6)	182
Teve relações sexuais com parceiros(as) casuais, nos últimos 12 meses?	54 (25,7)	156 (74,3)	210
Com esses parceiros(as) casuais, vocês usaram camisinha?	29 (53,7)	25 (46,3)	54
Usavam camisinhas todas as vezes?	8 (14,8)	46 (85,2)	54
Teve mais de cinco parceiros(as) sexuais casuais, nos últimos 12 meses?	10 (4,8)	200 (95,2)	210
Teve relação com pessoas que você conheceu pela internet?	32 (15,2)	178 (84,8)	210
Com essa pessoa que você conheceu pela internet você usou camisinha?	13 (40,6)	19 (59,4)	32
Teve relação sexual utilizando o preservativo feminino?	12 (5,7)	198 (94,3)	210
Concorda com a seguinte afirmação “o álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha”?	195 (92,4)	16 (7,6)	211
Já aconteceu com você?	50 (23,7)	161 (76,3)	211

Fonte: elaborada pelos autores.

No tocante ao comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, notaram-se diferenças estatisticamente significantes em várias questões. Os homens iniciaram relações sexuais mais cedo do que as mulheres; as mulheres usaram mais a camisinha na sua primeira relação sexual do que os homens; os homens tiveram mais parceiros sexuais, parceiros casuais no último ano e por internet do que as mulheres; e, nesse último caso, os homens fizeram mais uso da camisinha do que as mulheres (Tabela 3).

Tabela 3 – Quantidade e proporção de respostas em relação ao comportamento e práticas sexuais dos participantes da pesquisa, segundo o sexo dos participantes. Fortaleza, Ceará, 2018 (N=211)

Pergunta	Masculino (n=94)	Feminino (n=117)	P-valor
Teve relações sexuais alguma vez na vida?	94 (100,0)	116 (99,1)	>0,999
Teve a sua primeira relação sexual com 15 ou menos anos de idade?	56 (59,6)	52 (44,4)	0,038**
Usou camisinha na sua primeira relação sexual?	14 (14,9)	36 (31,0)	0,009***
Teve relação sexual com alguém do mesmo sexo alguma vez na vida?	17 (18,1)	11 (9,6)	0,101
Você tem relações sexuais com homens e mulheres?	2 (2,1)	2 (1,7)	>0,999
Você tem relações sexuais somente com homens?	10 (10,6)	114 (98,3)	<0,001***
Você tem relações sexuais somente com mulheres?	84 (89,4)	2 (1,7)	<0,001***
Teve relações sexuais nos últimos 12 meses?	92 (97,9)	113 (97,4)	>0,999
Teve relação com mais de um parceiro(a) sexual?	91 (96,8)	82 (70,7)	<0,001***
Pensando na sua última relação sexual, você usaram camisinha?	19 (20,2)	30 (25,9)	0,412
Teve relação com parceiros(as) fixo(as), nos últimos 12 meses?	77 (81,9)	105 (90,5)	0,101

Vocês usaram camisinha?	20 (26,0)	36 (34,3)	0,258
Usaram camisinhas todas as vezes?	2 (2,6)	6 (5,7)	0,470
Teve relações sexuais com parceiros(as) casuais,nos últimos 12 meses?	33 (35,1)	21 (18,1)	0,007***
Com esses parceiros(as) casuais, vocês usaram camisinha?	6 (6,4)	4 (3,4)	0,348
Usavam camisinhas todas as vezes?	21 (63,6)	8 (38,1)	0,095*
Teve mais de cinco parceiros(as) sexuais casuais,nos últimos 12 meses?	5 (15,2)	3 (14,3)	>0,999
Teve relação com pessoas que você conheceu pela internet	20 (21,3)	12 (10,3)	0,034**
Com essa pessoa que você conheceu pela internetvocê usou camisinha?	12 (60,0)	1 (8,3)	0,008***
Teve relação sexual utilizando o preservativo feminino?	3 (3,2)	9 (7,8)	0,233
Concorda com a seguinte afirmação “o álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem semusar camisinha”?	87 (92,6)	108 (92,3)	>0,999
Já aconteceu com você?	21 (22,3)	29 (24,8)	0,746

Fonte: elaborada pelos autores.

Com relação ao comportamento de prevenção e controle de IST, 83,1% das mulheres realizaram exame ginecológico nos últimos três anos; 84,4% dos entrevistados realizaram testagem para HIV alguma vez na vida (Tabela 4). De maneira geral, 47,4% se autoperceberam com baixo risco de infectar-se com o vírus do HIV, seguidos de 33,6% que afirmaram não existir risco. No tocante ao acesso à preservativo nos últimos doze meses, 46,4% afirmaram não ter tido acesso. Dos que tiveram acesso (n=113), 75,2% receberam de graça no serviço de saúde; 21,2% compraram na farmácia; 2,7% compraram em supermercado; e 0,9% receberam de graça em outro local.

Tabela 4 – Distribuição das respostas dos participantes em relação ao comportamento de prevenção e controle de IST. Fortaleza, Ceará, 2018 (N=211)

Perguntas	n (%)
Qual foi a última vez que você fez um exame ginecológico?	
Nos últimos três anos	98 (83,1)
Quatro a cinco anos atrás	0 (0,0)
Há mais de cinco anos atrás	8 (6,8)
Nunca fez	12 (10,2)
Você já fez o teste para aids alguma vez na vida?	
Sim	178 (84,4)
Não	29 (13,7)
Não lembra/não respondeu	4 (1,9)
Como você avalia o seu risco de se infectar com o vírus da AIDS?	
Nenhum	71 (33,6)
Baixo	100 (47,4)
Médio	28 (13,3)
Alto	12 (5,7)
Nos últimos 12 meses, você teve acesso a camisinha?	
Recebeu de graça no serviço de saúde	85 (40,3)
Recebeu de graça em outro local	1 (0,5)
Comprou em farmácia	24 (11,4)
Comprou em supermercado	3 (1,4)
Não teve acesso à camisinha	98 (46,4)

Fonte: elaborada pelos autores.

Discussão

A população do estudo se caracterizou por ser oriunda de comunidades de baixa renda, sofrer com as desigualdades sociais e, portanto, ficar mais vulnerável a comportamentos de risco. A maioria era do sexo feminino, pessoas que, naturalmente, estão mais atentas a sua situação de saúde e da família, buscam mais os serviços de saúde e possuem bolsa família, o que aproxima ainda mais essas (ou esses) “responsáveis pelo cuidado da família” às unidades de saúde (Cobo *et al.*, 2021).

A identificação de uma boa escolaridade pode estar relacionada com as mudanças ocorridas na área da educação, setor em que, na época, os gestores do município investiram na criação de creches e escolas, inclusive, em tempo integral, com boa infraestrutura, prédios novos, fardamento escolar e refeições completas com cardápio elaborado por nutricionista (Ribeiro *et al.*, 2018).

Em relação ao conhecimento sobre transmissão de doenças pelo compartilhamento de instrumentos para uso de drogas, a Aids foi reconhecida pela maioria, mas a sífilis e hepatites virais, não, fato que é preocupante, pois sabe-se da associação existente entre o consumo de drogas e da prática de sexo sem o uso de preservativos (Assunção *et al.*, 2022). Por outro lado, é importante frisar que o desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de drogas faz parte das estratégias de saúde pública implementadas desde a década de 1980 (Passos; Souza, 2011).

Verificou-se que o conhecimento do público estudado é adequado em relação à transmissão de sífilis e HIV/Aids por via sexual, fator importante na prevenção dessas infecções, porém, no presente estudo, verificou-se que, mesmo com conhecimento adequado sobre essas infecções, a prática de sexo com proteção é deficiente.

A gonorreia foi mais identificada como infecção sexualmente transmissível por homens. Isso pode ser explicado pelo fácil reconhecimento dessa infecção quando presente no público masculino, diferente do público feminino, que pode ser assintomático ou de difícil diagnóstico (Cardoso *et al.*, 2022).

Em relação à transmissão de doenças devido ao compartilhamento de instrumentos de manicure, a Aids foi apontada pela maioria, embora o risco de transmissão do HIV por essa via seja praticamente inexistente, já a transmissão de hepatite foi pouco mencionada. Clientes instruídos e conhecedores desse risco tendem a exigir mais dos locais que prestam serviços de manicure (Felipe *et al.*, 2017).

Com relação à transmissão, prevenção e outros aspectos do HIV/Aids, o conhecimento apresentado foi satisfatório, com exceção da afirmação sobre a diminuição do risco de transmissão quando a pessoa infectada recebe tratamento medicamentoso, dado também encontrado em inquérito populacional a nível nacional (Brasil, 2016) e em três capitais brasileiras (Damacena *et al.*, 2022). Estudos apontam que a melhor escolaridade está associada ao alto nível de conhecimento sobre HIV/Aids (Guimarães *et al.*, 2019b).

Entre os entrevistados, a primeira relação sexual ocorreu durante a adolescência, antes dos 15 anos, o que corrobora a literatura que mostra início precoce das relações sexuais, sendo este um fator de risco para as IST (Silva; silva, 2017). No presente estudo, homens apresentaram iniciação sexual mais precoce e menor adesão ao preservativo na primeira relação sexual, dado também encontrado em estudo realizado com adolescentes escolares no nordeste paraense (Silva *et al.*, 2015).

Outro fator importante refere-se ao uso do preservativo, embora a maioria dos entrevistados tenha conhecimento da sua ação protetora, o uso é baixo, tanto em relacionamentos estáveis como em casuais, principalmente entre os homens. Destaca-se que o uso de preservativo em relacionamentos estáveis tem prevalência menor do que em relacionamentos casuais, dado também encontrado em estudo realizado em comunidades rurais (Damacena *et al.*, 2022; Barbosa *et al.*, 2019)

O não uso do preservativo pode estar relacionado à percepção de baixo risco apresentado pelos entrevistados, principalmente, por estarem em relacionamentos estáveis, o que pode levar à IST devido às infecções latentes adquiridas em relacionamentos anteriores ou a relações extraconjugais casuais (Moreira; Dumith; Paludo, 2018).

O número de pessoas que tiveram relação sexual com indivíduos que conheceram por meio da internet foi quatro vezes maior do que o encontrado na região Nordeste, em estudo nacional (Brasil, 2016). Destacou-se, ainda, que a maioria não fez uso de preservativo, expondo-se ao risco de IST.

Os homens tiveram mais relações casuais nos últimos doze meses e com pessoas que conheceram pela internet. Nessas ocasiões, fizeram mais uso de preservativo em comparação às mulheres, mostrando a vulnerabilidade das mulheres que, mesmo em relacionamentos casuais, têm dificuldade de negociar o uso do preservativo, temendo serem julgadas como alguém que tem muitos parceiros ou doenças (Guimarães *et al.*, 2019a). A facilidade de encontros sexuais marcados por aplicativos de celulares conectados à internet é um fator que pode contribuir para o aumento de transmissão de IST (Willeford; Bachmann, 2016).

Os adultos entrevistados têm conhecimento de que o uso de álcool e drogas pode influenciar na realização de uma relação sexual desprotegida, já que a maioria negou ter passado por essa situação. De fato, o uso de álcool e drogas favorece a baixa adesão ao preservativo, aumentando o risco de transmissão às IST e HIV/Aids (Assunção *et al.*, 2022).

Em relação às práticas sexuais entre homens e mulheres, houve diferenças estatísticas em relação sexual com mais de um parceiro ao longo da vida, dado semelhante ao encontrado em estudo nacional (Brasil, 2016).

A maioria das mulheres do estudo realizaram o exame ginecológico nos últimos três anos, o que pode ser explicado pelo fácil acesso à oferta de exame preventivo do câncer de colo uterino na UAPS perto de sua casa.

A maioria dos entrevistados já realizaram testagem para HIV alguma vez na vida, isto se deve ao fácil acesso aos testes rápidos na UAPS em que se desenvolveu o estudo. Estes são disponibilizados em todos os turnos de funcionamento e durante o pré-natal. A busca pelo teste rápido se dá, na maioria das vezes, quando o indivíduo se expõe a uma situação que ele considera de risco (Lima *et al.*, 2020).

Essa percepção de risco está condicionada ao conhecimento das formas de transmissão das doenças. Sem o conhecimento adequado sobre IST e HIV/Aids, as pessoas podem se expor ao risco sem saber. Falando em autopercepção de risco, os entrevistados se autoavaliam com risco baixo em relação ao HIV, embora apresentem baixa adesão ao uso de preservativo e relação sexual precoce, situação semelhante ao encontrado por Damacena e colaboradores (2022). Nessa esteira, o aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva é fundamental para a problematização da noção de risco (Hamann *et al.*, 2017).

Em relação ao acesso ao preservativo, a maioria respondeu não ter tido acesso no último ano. Sobre isso, destaca-se que, no Brasil, os preservativos são ofertados gratuitamente em todos os serviços públicos de saúde, sem barreiras ou condições, como receita médica, apresentação de documentos ou participação em palestras (Brasil, 2024).

A maioria dos estudos que abordam as práticas sexuais realizam essa parte do questionário de maneira autoaplicável. No presente estudo, a aplicação do instrumento foi em forma de entrevista, devido ao receio de que as perguntas não fossem compreendidas pelos participantes. Como são perguntas com potencial de causar constrangimento, isso pode ter levado ao falseamento das informações, sendo, portanto, uma limitação do presente estudo. Para diminuir tal viés, as entrevistas foram realizadas por enfermeiras em consultório, garantindo o sigilo e a privacidade dos entrevistados.

Considerações finais

O presente estudo evidenciou pontos-chave para o enfrentamento às IST. Trabalhar o conhecimento em relação às formas de transmissão, fatores de risco e sinais de IST, assim como proteção durante a relação sexual, devem ser, exaustivamente, contemplados nas ações de saúde realizadas no território. A educação em saúde pode aumentar a autopercepção de risco das pessoas

expostas contribuindo para práticas sexuais seguras com consequente redução das infecções e adoecimento da população.

Recomenda-se que a Estratégia de Saúde da Família invista em processos de educação sexual junto às escolas e grupos comunitários e que juntos abordem questões sobre saúde sexual e reprodutiva nos atendimentos de saúde dessa população, respeitando as questões individuais de expressão da sexualidade e prazer.

Referências

ASSUNÇÃO, I. L. *et al.* Uso de drogas e o aumento das infecções sexualmente transmissíveis: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 9, 60922–60941, 2022.

BARBOSA, K. F. *et al.* Fatores associados ao não uso de preservativo e prevalência de HIV, hepatites virais B e C e sífilis: estudo transversal em comunidades rurais de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 2014 e 2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, n. 2, p. e2018408, 2019.

BRASIL. Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, e altera o Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023, para dispor sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDDS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Atualização do Caderno de Atenção Básica 18: HIV/Aids, Hepatites Virais, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *PCAP – Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*, 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRITTO, A. M. A. *et al.* Detection of sexually transmitted infections at a Brazilian gynecology center: high prevalence of co-infections. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 6, p. 393-400, dez. 2018.

CARDOSO, A. F. *et al.* A incidência de gonorrhoea em pessoas sexualmente ativas. Manifestações clínicas: o mecanismo de resistência aos fármacos. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 11, p. 76270-76286, 2022.

CENTRO CULTURAL BOM JARDIM. *Grande Bom Jardim – território e contexto social*. Disponível em: <https://ccbj.redelivre.org.br/grande-bom-jardim-territorio-e-contexto-social/>. Acesso em: 16 ago. 2024.

COBO, B. *et al.* Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 09, p. 4021-4032, set. 2021.

DAMACENA, G. N. *et al.* Conhecimento e práticas de risco à infecção pelo HIV na população geral, homens jovens e HSH em três municípios brasileiros em 2019. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 38, n. 4, 2022.

FELIPE, I. M. A. *et al.* Biossegurança em serviço de embelezamento: conhecimento e práticas em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 38, n. 4, e2016-0003, 2017.

GOMES, N. L.; LOPES, C. S. Panorama dos comportamentos sexuais de risco na população adulta brasileira - PNS 2019. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, 2022.

GRÄF, D. D.; MESENBURG, M. A.; FASSA, A. G. Comportamento sexual de risco e fatores associados em universitários de uma cidade do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, p. 41, 2020.

GUIMARÃES, D. A. *et al.* Dificuldades de utilização do preservativo masculino entre homens e mulheres: uma experiência de rodas de conversa. *Estudos de Psicologia*, v. 24, n. 1, p. 21-31, 2019a.

GUIMARÃES, M. D. C. *et al.* HIV/AIDS knowledge among MSM in Brazil: a challenge for public policies. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, n. Suppl 1, e190005, 2019b.

HAMANN, C. *et al.* Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 651-663, set. 2017.

HILBERT, S.; RENO, H. Management of Patients with Sexually Transmitted Infections in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am*, v. 36, p. 767-776, nov. 2018.

HUGHES, Y.; SAWLESHWARKAR, S. Global epidemiology of selected sexually transmitted infections. In: PRABHU, S. R.; WAGONER, N. V.; HILL, J. *Sexually Transmissible Oral Diseases*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2022.

LIMA, P. B. S. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde e dos usuários sobre o aconselhamento no teste rápido para HIV. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. 2, p. e20190171, 2020.

MOREIRA, *et al.* Adolescentes e as infecções sexualmente transmissíveis: comportamentos de risco e fatores contextuais que contribuem para o aumento da incidência no Brasil. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, v. 5, n. 1, p. 59-66, 2021.

MOREIRA, L. R.; DUMITH, S. C.; PALUDO, S. S. Uso de preservativos na última relação sexual entre universitários: quantos usam e quem são? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1255-1266, abr. 2018.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 154–162, jan. 2011.

REIS, L. N. *et al.* Programa saúde na escola como estratégia de promoção da saúde na atenção básica: uma revisão integrativa. *Revista Uningá*, v. 55, n. 4, p. 25-38, dez. 2018.

RIBEIRO, K. G. *et al.* Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1387- 1398, 2018.

RIZZON, B. B. *et al.* Comportamento de risco para infecções sexualmente transmissíveis em estudantes do ensino médio. *Femina*, v. 49, n. 1, p. 52-57, 2021.

SILVA, A. S. N. *et al.* Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-amazônica de Saúde*, v. 6, n. 3, p. 27- 34, set. 2015.

SILVA, A. A. A.; SILVA, K. C. O. Álcool e drogas ilícitas e doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes. *R. Interd.* Teresina, v. 10, n. 2, p. 65-73, jun. 2017.

WARCWALD, C. L. *et al.* Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. *Medicine*, v. 97, p. 54-61, maio 2018.

TAVARES, C. S. S. *et al.* Quality of life, depressive symptoms, anxiety, and sexual function in mothers of neonates with congenital syphilis in Northeast Brazil: a cohort study. *Lancet Regional Health – Americas*, v. 7, p. 100127, 2021.

WILLEFORD, W. G.; BACHMANN, L. H. Syphilis ascendant: a brief history and modern trends. *Tropical Diseases, Travel Medicine And Vaccines*, v. 2, n. 1, p. 2-20, 26 set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022– 2030: report on progress and gaps*. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2024.

Revisão integrativa sobre saúde bucal da pessoa idosa institucionalizada

*Maria Luíza Rocha Barreto de Carvalho
Ana Paula Soares Gondim*

Introdução

Sabe-se que a expectativa de vida da população está aumentando a cada ano, o que faz com que as pessoas idosas permaneçam mais atuantes na sociedade. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), o último censo populacional apontou que o número de pessoas com idade de 65 anos ou mais cresceu 57,4% entre 2010 e 2022. Ou seja, a população idosa brasileira aumentou de forma considerável em doze anos.

Diante desse crescimento exponencial que já ocorre há algum tempo, foi instituída, no ano de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), na qual são apresentadas como diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção, entre outras.

Essa política destaca a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa como uma atribuição de todo profissional de saúde,

considerando que “é importante viver muito, mas é fundamental viver bem”. A abordagem das pessoas idosas deve, então, ser realizada de forma global, interdisciplinar e multidimensional, dando importância aos diversos fatores físicos, psicológicos e sociais, como também ao ambiente no qual estão inseridas (Brasil, 2006).

Nos contextos em que a família não exerce o protagonismo no cuidado cotidiano da população idosa fragilizada, alternativas não familiares ou formais de cuidados de longa duração (CLD) são estabelecidas. Entre essas modalidades de assistência, estão as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (Guimarães *et al.*, 2023).

Assim, torna-se importante compreender as necessidades de saúde das pessoas nessa faixa etária, inclusive as que vivem em instituições (Guimarães; Braga; Lima, 2023). Segundo a PNSPI, o fato de o idoso viver em uma ILPI, por si só, já o classifica como frágil ou em situação de fragilidade, o que requer uma atenção maior por parte das equipes de saúde (Brasil, 2006).

Além disso, as ILPI são ambientes favoráveis para a execução de ações motivadoras e de educação em saúde, que, certamente, impactam na qualidade de vida da pessoa idosa, gerando autonomia e valorização social (Ferrareso *et al.*, 2021). Dessa forma, entende-se que a prevenção e a intervenção precoce são medidas mais favoráveis em relação ao tratamento curativo tardio, o que implica na vigilância de todos os membros da equipe de saúde (Brasil, 2006).

Os profissionais e serviços de saúde associados à odontologia devem estar aptos para prestar atendimento a esse público, tendo em vista que, com o envelhecimento, sintomas de desordens e agravos bucais podem aparecer. Além disso, observa-se que tais acometimentos podem repercutir gravemente na saúde sistêmica dos idosos (Guimarães; Braga; Lima, 2023).

Os idosos são um grupo populacional que requer atenção especial quanto à sua saúde, incluindo, nesse aspecto, a saúde bucal. [...] Nesse âmbito, incluem-se os profissionais da saúde, que devem orientar os cuidadores e os próprios pacientes, quando possível, para a execução apropriada da higiene oral (Araújo; Andrade; Pinto, 2020, p. 8).

Para Silva *et al.* (2019), é preciso realizar continuamente a análise das condições de saúde dos idosos que vivem nas instituições. Ademais, é imprescindível observar o funcionamento institucional, percebendo os diferentes sujeitos implicados no cuidado desse público, de forma que a assistência se torne mais efetiva.

Autores como Costa, Macedo e Souza (2020) observaram que a condição de saúde bucal da população idosa institucionalizada é mais frágil ao se comparar com idosos residentes nas comunidades com suas famílias. É preciso, portanto, fortalecer políticas públicas voltadas à saúde bucal da pessoa idosa, com foco nas que se encontram institucionalizadas, garantindo, além da assistência odontológica, ações de promoção de saúde para a prevenção de patologias (Ribeiro, Santos, Baldani, 2023).

Desse modo, o objetivo desta revisão é descrever a produção científica acerca da saúde bucal do idoso institucionalizado, evidenciando realidades encontradas e propostas de intervenção, dando ênfase à promoção de saúde bucal dessa população.

Métodos

O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura sobre a saúde bucal da pessoa idosa institucionalizada. A Revisão Integrativa (RI) se configura como um método de pesquisa caracterizado por reunir e sintetizar diversos estudos acerca do objeto, de diferentes metodologias, de forma ordenada e abrangente, o que permite ao revisor realizar uma análise metodológica e ampla compreensão do tema (Canuto; Oliveira, 2020).

O objeto deste estudo foi desenvolvido a partir de vivências práticas na realidade profissional local da pesquisadora. A primeira etapa de construção desta RI consistiu na elaboração da pergunta norteadora. A fim de guiar a formulação da questão de pesquisa, a estratégia PICO (População, Intervenção, Comparação e Outcome) citada por Santos *et al.* (2007) foi utilizada, nos seguintes termos: População (idosos que vivem em ILPI); Intervenção (investigações e práticas interventivas de saúde bucal nessas instituições);

Comparação (não há) e Outcome (promoção de saúde bucal dos idosos institucionalizados). Diante do exposto, questiona-se: quais as realidades e possibilidades de práticas interventivas em saúde bucal nos idosos institucionalizados, com vistas à promoção de saúde bucal dessa população?

Na segunda etapa desta revisão, foi realizada uma busca na literatura científica, com organização do banco de referências e seleção dos estudos encontrados na pesquisa bibliográfica. A busca foi realizada nos meses de maio e junho de 2024 nas seguintes bibliotecas e bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Lilacs, Medline e BBO; e Portal de Periódicos da Capes. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram Saúde Bucal e Instituição de Longa Permanência para Idosos, associados por meio do operador booleano AND ou OR.

Como critérios de inclusão, consideraram-se artigos com texto completo; estudos primários (do tipo artigo original); e publicações no período dos últimos cinco anos. Os critérios de exclusão estabelecidos foram artigos duplicados; artigos não disponíveis; aqueles que não estavam relacionados com o escopo da pesquisa; e a literatura “cinzenta” (publicações em anais de eventos, dissertações e teses).

Durante a coleta de dados, primeiramente foram filtrados os estudos com texto completo e os que foram publicados nos últimos cinco anos. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos estudos, excluindo-se os repetidos, os que não eram associados ao tema, a literatura “cinzenta”, as revisões de literatura e os que não estavam com acesso disponível. No último momento, fez-se a leitura na íntegra dos artigos restantes, descartando aqueles que, de fato, não correspondiam ao objeto da revisão e não respondiam à pergunta norteadora.

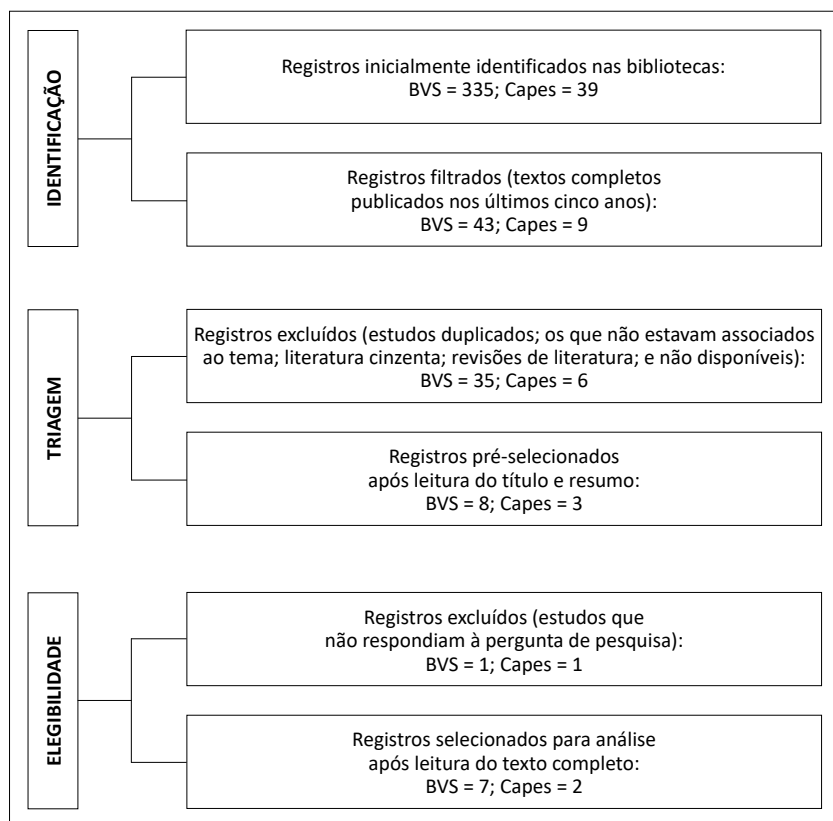
A fim de representar as fases descritas acima na busca de evidências, apresentou-se uma síntese em formato de fluxograma Prisma, como representação sistematizada da seleção dos documentos levantados nas consultas às bases de dados.

A análise de dados desta revisão foi realizada no formato descritivo, com avaliação crítica e reflexiva da literatura disponível acerca

do tema investigado, proporcionando subsídios para a tomada de decisão. Além disso, buscou-se identificar lacunas de conhecimento para a construção de futuras pesquisas. A categorização dos artigos selecionados foi representada por meio de um quadro de informações, contemplando os seguintes quesitos de cada estudo: ano; título; autoria; idioma; periódico; tipo de estudo; base de dados; objetivo e principais resultados. Assim, eles puderam organizar-se, facilitando a construção dos contextos para a discussão da presente revisão.

A seguir, apresenta-se a representação do fluxograma Prisma para melhor compreensão (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma Prisma dos estudos consultados nesta revisão integrativa, 2024



Fonte: elaborado pelas autoras.

Resultados

Inicialmente, ao realizar o simples cruzamento dos descritores nas bases de dados, pôde-se identificar um total de 374 artigos. Após a aplicação dos filtros e seleção dos estudos, a amostra final foi totalizada em nove artigos científicos para análise.

Segue-se com a apresentação do Quadro 1, contendo as informações e descrição dos artigos selecionados.

Quadro 1 – Informações dos artigos selecionados nesta revisão integrativa, 2024

ANO	TÍTULO	AUTORIA	PERIÓDICO	IDIOMA	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
2020	Autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal de idosos em Fortaleza, Ceará	Mendes <i>et al.</i>	Revista da Faculdade de Odontologia, Universidade de Passo Fundo	Português	Estudo epidemiológico transversal.	Portal da Capes	Avaliar a autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados	O estudo revelou uma moderada satisfação dos idosos com a sua saúde bucal, sendo percebido um alto índice de edentulismo. Os idosos analfabetos pareceram estar mais satisfeitos com a sua condição bucal, em relação àqueles com alguma escolaridade.
2023	Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados	Ribeiro; Santos e Baldani	Saúde Debate, Rio de Janeiro	Português	Estudo transversal, realizado por meio da aplicação de questionário e exame clínico bucal.	Portal da Capes	Descrever a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados, com enfoque no edentulismo, na necessidade de prótese e na Autopercepção de Saúde Bucal (ASB), e explorar a associação com fatores individuais.	A avaliação de saúde bucal dos idosos institucionalizados apresentou aspectos negativos, com destaque para alta prevalência de edentulismo, necessidade de prótese dentária e média de CPOD acima dos valores nacionais.

ANO	TÍTULO	AUTORIA	PERIÓDICO	IDIOMA	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
2023	Oral health conditions of institutionalized older adults and associated factors	Silva <i>et al.</i>	ABCS Health Sciences	Inglês	Estudo epidemiológico transversal de abordagem quantitativa	Lilacs (BVS)	Caracterizar as condições de saúde bucal e verificar as variáveis relacionadas ao edentulismo de idosos institucionalizados.	Verificou-se um alto CPOD, alta prevalência de edentulismo, e alta necessidade de reabilitação oral. O edentulismo se associou à maior idade e à menor escolaridade. O maior tempo de institucionalização estava associado ao edentulismo e à menor frequência de escovação de dentes, gengivas e próteses.
2019	Avaliação comparativa das condições bucais do idoso: ações para o cuidado e autocuidado	Sá; Sá e Oliveira Filho	Revista Kairós-Gerontologia	Português	Pesquisa quantitativa descritiva.	Lilacs (BVS)	Avaliar o conhecimento e prática do autocuidado bucal do idoso e do cuidado bucal prestado pelo cuidador ao idoso que vive em ILPI.	A intervenção realizada acarretou efeitos significativos e benéficos devidos à melhoria após a adequada orientação para a higienização bucal dos idosos.
2019	Older People Living in Nursing Homes: An Oral Health Screening Survey in Florence, Italy	Chiesi <i>et al.</i>	International Journal of Environmental Research and Public Health	Inglês	Estudo epidemiológico transversal.	Medline (BVS)	Avaliar o estado de saúde bucal em idosos residentes em lares de idosos e medir sua associação potencial com o estado cognitivo, o grau de autonomia funcional e o risco de desnutrição.	Um pior estado de saúde bucal foi significativamente associado com um pior estado cognitivo e com maior dependência nas atividades de vida diária.

ANO	TÍTULO	AUTORIA	PERIÓDICO	IDIOMA	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
2020	Geriatric Health Experts Validate Oral Neglect Timelines for the Institutionalized Elderly	Casey <i>et al.</i>	Journal of Applied Gerontology	Inglês	Estudo de validação de um instrumento de intervenção.	Medline (BVS)	Obter a opinião consensual de profissionais especialistas geriátricos que atuam em lares de idosos quanto a cronogramas de negligência oral para idosos institucionalizados.	Desenvolveu-se e validou-se um <i>software</i> para controle de negligência oral em residentes de lares de idosos. Foram incluídas 29 doenças/condições bucais e um cronograma para determinar a presença de negligência oral para cada uma dessas condições.
2020	Aspectos emocionais, apoio social e funcionalidade bucal de idosos robustos e residentes em instituição de longa permanência	Solano <i>et al.</i>	RFO UPF	Português	Estudo descritivo observacional e transversal.	Lilacs e BBO (BVS)	Analisar as questões envolvendo aspectos emocionais e o acesso à informação, escuta qualificada, componentes do macroconceito de apoio social e suas relações com condições sociodemográficas e de funcionalidade bucal em idosos robustos e independentes moradores de uma ILPI.	A prevalência da percepção positiva do apoio foi de 54,4%, e é maior em idosos com idade variando entre 60-79 anos e com menor número de dentes.

ANO	TÍTULO	AUTORIA	PERIÓDICO	IDIOMA	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
2021	Principales factores biopsíquicos relacionados con la rehabilitación protésica dental en ancianos institucionalizados	Carpio <i>et al.</i>	MEDISAN	Espanhol	Estudo descritivo e transversal.	Lilacs (BVS)	Determinar os fatores biopsíquicos relacionados à reabilitação com próteses dentárias em idosos.	Como característica biológica marcante, tem-se a perda dentária total, e como doença crônica não transmissível o diabetes mellitus foi mais frequente. O maior número de idosos correspondeu à categoria psicológica de resistente.
2023	Investigating the perspectives of older adults in residential aged care on oral health-related quality of life	Malekpour <i>et al.</i>	Gerodontology	Inglês	Estudo com abordagem de métodos mistos. Análise quantitativa e qualitativa.	Medline (BVS)	Explorar como as pessoas idosas que vivem em ILPI percebem que sua saúde bucal influenciava suas preferências alimentares, suas interações sociais e à sua autoestima.	Os participantes apresentaram qualidade de vida média relacionada à saúde bucal, e lidaram com problemas funcionais orais adotando estratégias pessoais e buscando assistência organizacional.

Fonte: elaborada pelas autoras.

Os resultados evidenciaram que, dos nove artigos selecionados, 44,4% (4) estavam escritos em português; 44,4% (4) em inglês; e 11,1% (1) no idioma espanhol. Do total, 55,5% (5) eram estudos brasileiros; e 44,4% (4) estrangeiros, dos quais 1 era um estudo da Austrália, 1 da Itália, 1 dos EUA, e 1 de Cuba. Entre os estudos do Brasil, dois foram realizados na região Nordeste; dois na região Sul; e um na região Sudeste.

A análise do material bibliográfico revelou que 22,2% (2) estudos foram publicados em revistas da área odontológica; 33,3% (3) em periódicos de gerontologia; e 44,4% (4) trabalhos foram publicados na área da saúde pública ou saúde em geral.

Quanto ao delineamento metodológico, percebeu-se que todos (100%) foram estudos transversais, sendo que 77,7% (7) apresentaram abordagem quantitativa, caracterizando-se como estudos epidemiológicos; 22,2% (2) realizaram método de abordagem mista (quantitativa-qualitativa); e 1 (11,1%) realizou a validação de um instrumento de intervenção. Em relação às limitações e possíveis vieses, notou-se que 88,8% (8) dos manuscritos não apresentavam tais informações.

No que se refere à questão de pesquisa, pôde-se observar que 33,3% (3) dos artigos tiveram por objetivo descrever as condições de saúde bucal dos idosos institucionalizados; 22,2% (2) buscaram avaliar as autopercepções no que se refere à qualidade de vida associada à saúde bucal; e 22,2% (2) analisaram autopercepções relacionadas a fatores emocionais e de saúde mental correlacionadas com a saúde bucal. Ou seja, 77,7% (7) dos estudos objetivaram simplesmente analisar as realidades encontradas, sem realizar nenhum tipo de intervenção. Por fim, 22,2% (2) tratavam de propostas de práticas interventivas em saúde bucal com o público em questão.

Discussão

Pôde-se observar que o objeto investigado nesta revisão apresentou um padrão de resultados, em que a linha investigativa estava centrada, em sua maioria, na produção de inquéritos e levantamentos de perfis a respeito do público estudado. Notou-se um predomínio de preocupação dos pesquisadores em conhecer a realidade de saúde bucal dos idosos institucionalizados, além de fatores relacionados à saúde psíquica, qualidade de vida e funcionalidade.

Os artigos que descreveram as condições de saúde bucal dos idosos vivendo em instituições apontaram para um fator preponderante na caracterização desse público: o edentulismo. A falta de elementos dentários em pessoas idosas e a conseqüente necessidade

de reabilitação oral são percebidas nos estudos de Ribeiro; Santos e Baldani (2023), de Silva *et al.* (2023) e diversos outros no Brasil e no mundo, contrariando recomendações e metas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Dentária Internacional (FDI), como a determinação de que pelo menos 50% dos indivíduos entre 65 e 79 anos devem possuir, no mínimo, vinte dentes funcionais na cavidade bucal. Assim, compreende-se que esse é um problema de saúde pública que incorre em má qualidade de vida, além de afetar a autoestima e a saúde integral das pessoas incluídas nessa faixa etária.

No que diz respeito às possibilidades de práticas interventivas em saúde bucal, com vistas à promoção de saúde bucal dessa população, apenas um manuscrito, após avaliar a realidade mediante o autocuidado e cuidado praticado por cuidadores, promoveu uma intervenção voltada à prevenção em saúde bucal, e orientações de higiene bucal com os idosos institucionalizados. Outro artigo apresentou uma proposta de intervenção por meio da validação e aplicação de um instrumento para avaliar a negligência oral em residentes de lares de idosos.

Ao se analisar essa temática, outro fator relevante é a compreensão de que o envelhecimento está associado diretamente ao desenvolvimento de limitações físicas e cognitivas, como também ao surgimento de patologias crônicas não transmissíveis. Como consequência, a população idosa acaba por se caracterizar com um maior grau de dependência em suas funções (Oliveira *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o cuidador se insere com o papel de auxiliar a pessoa idosa em todos os aspectos (bem-estar; saúde; higiene; lazer; entre outros), promovendo cuidados parcial ou integralmente, a depender da capacidade funcional do idoso. Ressalta-se, inclusive, que o cuidado com a saúde bucal do idoso está integrado às atividades básicas desse profissional, tornando necessárias ações de educação continuada na área, o que proporciona a superação de dificuldades vivenciadas e um melhor desempenho de suas ações (Oliveira *et al.*, 2019). Diante disso, chama-se a atenção para o estudo de Sá; Sá e Oliveira Filho (2019), que buscou avaliar tanto o autocuidado bucal

do idoso, como também o cuidado bucal prestado pelo cuidador ao idoso que vive em ILPI.

Percebeu-se que os trabalhos contemplados para análise foram publicados em periódicos de áreas da saúde relacionadas à odontologia, gerontologia e saúde pública, demonstrando a característica interdisciplinar da temática e a necessidade de associação de diversos saberes e práticas.

Aponta-se como limitação desta revisão o uso de apenas dois descritores para a localização dos artigos nas bases de dados eletrônicas, o que pode ter acarretado a perda de algum estudo relevante que tenha sido publicado contemplando a temática investigada.

Conclusão

Neste estudo de revisão, considerou-se que houve uma boa abordagem quanto ao perfil epidemiológico de saúde bucal dos idosos residentes nas ILPI e, igualmente, quanto às relações das condições e necessidades odontológicas com os aspectos sociodemográficos, emocionais, psíquicos e funcionais desse público. No entanto, levanta-se um novo questionamento: a partir das realidades encontradas e das evidências científicas apontadas, de que maneira é possível intervir no âmbito da promoção de saúde bucal do idoso institucionalizado?

Espera-se que essa e outras indagações possam fomentar novas investigações e estudos mais robustos, com possibilidades de generalizações. Assim, é destacada a relevância quanto à reorientação do cuidado geriátrico em saúde bucal, de forma humanizada, e a necessidade de novas propostas de intervenção para o público idoso vivendo em instituições de longa permanência.

Referências

ARAÚJO, A. dos S.; ANDRADE, M.; PINTO, F. de M. A. G. Higiene e saúde bucal em idosos na atenção primária: uma revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 44, p. e2673-e2673, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF, 2006.

CANUTO, L. T.; OLIVEIRA, A. A. S. de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psicologia Em Revista*, v. 26, n. 1, p. 83 -102, 2020.

CARPIO, M. H. C. *et al.* Principales factores biopsíquicos relacionados con la rehabilitación protésica dental en ancianos institucionalizados. *Medisan*, v. 25, n. 3, p. 647-661, 2021.

CASEY, S. M. *et al.* Geriatric health experts validate oral neglect timelines for the institutionalized elderly. *Journal of Applied Gerontology*, v. 39, n. 11, p. 1250-1257, 2020.

CHIESI, F. *et al.* Older people living in nursing homes: An oral health screening survey in Florence, Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 18, p. 3492, 2019.

COSTA, M. J. F. *et al.* Condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no Brasil: revisão sistemática. *Archives Of Health Investigation*, v. 9, n. 3, 2020.

FERRARESSO, L. F. O. T. *et al.* Atividades extensionistas de educação em saúde bucal para pacientes da terceira idade: relato de experiência. *Revista da ABENO*, v. 21, n. 1, p. 1651-1651, 2021.

GUIMARÃES, H. R. G.; BRAGA, M. R. U.; LIMA, I. P. C. Avaliação de condição de saúde bucal de idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*, v. 9, n. 2, p. 1-15, 2023.

GUIMARÃES, M. R. C. *et al.* Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: um panorama das desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 2035-2050, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2022*: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 19 nov. 2023.

MALEKPOUR, P. *et al.* Investigating the perspectives of older adults in residential aged care on oral health-related quality of life. *Gerodontology*, v. 40, n. 2, p. 220-230, 2023.

MENDES, G. M. *Autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal de idosos em Fortaleza*, Ceará. 2019.

OLIVEIRA, C. S. *et al.* Saúde bucal de idosos dependentes e conhecimentos do cuidador: revisão integrativa. *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento*, v. 5, n. 1, p. 1743, 2019.

RIBEIRO, A. E.; SANTOS, G. S. dos; BALDANI, M.; H. Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados. *Saúde em Debate*, v. 47, p. 222-241, 2023.

SÁ, I. P. C.; SÁ, S. P. C.; OLIVEIRA FILHO, V. da C. Avaliação comparativa das condições bucais do idoso: ações para o cuidado e autocuidado. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 22, n. 3, p. 85-98, 2019.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 508 - 511.2007.

SILVA, R. S. da *et al.* Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 27, p. 345-356, 2019.

SILVA, R. A. D. A. *et al.* Oral health conditions of institutionalized older adults and associated factors. *ABCS Health Sciences*, v. 48, p. e023202-e023202, 2023.

SOLANO, M. P. *et al.* Aspectos emocionais, apoio social e funcionalidade bucal de idosos robustos e residentes em instituição de longa permanência. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 25, n. 3, p. 452-458, 2020.

Impactos da pandemia de Covid-19 no processo de trabalho e na saúde mental de trabalhadores da atenção primária em saúde do estado do Ceará

uma revisão de estado da arte

*Diego Mendonça Viana
Tomaz de Medeiros Aquino
Paulo Sérgio Dourado Arrais*

Introdução

Epidemias de grandes proporções não são novidades na história recente da Saúde Coletiva mundial. Segundo os estudos de Foust *et al.* (2020), a primeira pandemia de coronavírus de larga escala ocorreu na China entre 2002 e 2003, causada pelo coronavírus Sars-CoV, que se espalhou por cerca de 29 países, com 8.098 casos confirmados e 916 mortes. Essa epidemia ficou popularmente conhecida como Sars (Síndrome Respiratória Aguda

Grave). O segundo surto de proporções epidêmicas foi causado pelo coronavírus Mers-CoV, na Arábia Saudita, que, posteriormente, alastrou-se pelo Oriente Médio e pelo mundo, em um total de 27 países, e que resultou em, aproximadamente, 2.254 casos confirmados e 800 mortes.

Em dezembro de 2019, em Wuhan-China, o mundo conheceu um novo coronavírus, o Sars-CoV-2, que causou a síndrome chamada Covid 19. Pelos seus impactos sociais, efeitos controversos no corpo humano, velocidade de transmissão acelerada (MA, 2020) e impacto de sobrecarga nos sistemas de saúde, nunca antes vista na história recente da humanidade, o novo coronavírus parou o mundo, em 2020, fazendo com que grandes contingentes populacionais ficassem em isolamento social domiciliar (BUSS *et al.*, 2020). Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde se manifestou para oficializar a existência de uma pandemia e traçar os primeiros cenários de risco para o mundo (Organização Mundial de Saúde, 2020).

No Brasil, os primeiros casos foram identificados entre fevereiro e março de 2020. A pandemia de Covid-19 foi caracterizada por grandes ondas de contágio. (Moura *et al.*, 2022). Com base nas pistas de análise fornecidas pelos estudos de Barcellos *et al.* (2022), essa pesquisa elaborou uma classificação em quatro grandes períodos para a Pandemia de Covid-19.

O primeiro período é chamado de **Fase Crítica de Primeira Onda – FCPO** (com início aproximado em fevereiro/março de 2020 até janeiro de 2021). Nessa fase, houve o crescimento sem controle da pandemia (Lima, Costa e Sousa, 2020), com período de isolamento social rígido; obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção; resposta majoritariamente hospitalar; desorientação das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) conforme apontam os estudos de Rosa-Cómitre e colaboradores (2023); superlotação e momentos de colapso de serviços de saúde; crescimento vertiginoso da curva epidemiológica de contágio e de óbitos; colapso no sistema funerário; colapso nos sistemas econômicos e crises sociais sem precedentes. Esse cenário foi permeado pelo avanço das primeiras variantes do Sars-CoV-2, notadamente a variante Delta.

O final dessa fase é caracterizado pelo surgimento das primeiras vacinas e a descoberta de novas variantes mais contagiosas.

O segundo período é denominado de **Fase Crítica de Segunda Onda – FCSO** (com início aproximado em janeiro de 2021 até julho de 2022). Nessa fase, houve um novo crescimento sem controle da pandemia (Brasil, 2021), com idas e vindas de restrições de circulação de pessoas e funcionamento de serviços; resposta ainda majoritariamente hospitalar; retomada das ações de protagonismo da Atenção Primária à Saúde (sobretudo para efetivação da vacinação em massa da população), conforme apontam os estudos de Maciel e colaboradores (2022); superlotação e momentos de colapso de serviços de saúde; novo crescimento vertiginoso da curva epidemiológica contágio e de óbitos; breves colapsos no sistema funerário; agravamento de colapso nos sistemas econômicos e agravamento de crises sociais (sobretudo pela desigualdade no acesso às vacinas) conforme apontam os estudos de Poiatti e colaboradores (2022). Esse cenário foi permeado pelo avanço das mutações das primeiras variantes do Sars-CoV-2, notadamente a variante Ômicron. O final dessa fase é caracterizado pelo avanço da vacinação, flexibilização das medidas de restrição de circulação de pessoas, grandes surtos de síndromes gripais (Moura *et al.*, 2022); redução da escala de óbitos; retomada dos sistemas econômicos; e flexibilização progressiva do uso obrigatório de máscaras de proteção.

O terceiro período é denominado de **Fase de Transição Pandêmica – FTP** (com início aproximado em agosto de 2022 até abril de 2023). Nessa fase, houve controle do crescimento da pandemia; retirada de todas as restrições de circulação de pessoas e funcionamento de serviços; desmobilização da resposta hospitalar; avanço das ações de protagonismo da Atenção Primária à Saúde (luta contra o negacionismo da imunização para avançar com esta estratégia, retomada dos programas e serviços regulares de cuidado); retomada de serviços ambulatoriais para cuidar das sequelas da Covid-19 e reduzir o impacto na descontinuidade no atendimento dos pacientes, anunciando o período de pré-finalização da pandemia como apontam as evidências disponibilizadas por Ponce e

colaboradores (2022). O final dessa fase é caracterizado por oscilações no avanço da vacinação (dificuldades de completar o esquema vacinal), em grande medida por conta dos efeitos do negacionismo científico (Hur, 2021) institucionalmente realizado pela gestão do Governo Federal, bem como por diversos governadores (as) e prefeitos (as). Notou-se, também, a redução da escala de óbitos a níveis basais, retomada dos sistemas econômicos e retirada do uso obrigatório de máscaras de proteção em praticamente todos os ambientes conforme apontam os estudos de Jacques e colaboradores (2022).

O quarto período é denominado de **Fase de Finalização Pandêmica – FFP** (com início aproximado maio de 2023 até a presente data). Essa fase é caracterizada pela oficialização, por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), do fim da emergência global de saúde pública, determinando assim que a Covid-19 não mais se constituía uma pandemia. (Nogueira, 2023)

No momento mais crítico da Pandemia de Covid-19, as rotinas de trabalho dos serviços de saúde colapsaram e há importantes indícios de que o conjunto de trabalhadores colapsou também (Bicalho *et al.*, 2023). A nova realidade impôs uma forma completamente diferente de convivência social e a reorganização de diversos serviços de saúde para prestar socorro à população.

Nesse contexto de emergência de saúde pública, foi necessária a reorganização de diversos serviços de saúde para prestar socorro à população e descortinou-se outra dura realidade: a sobrecarga dos serviços de saúde, a precarização do trabalho, o esgotamento e a morte dos profissionais de saúde (Bocchini, 2020; Bicalho *et al.*, 2023), o que produziu um ambiente de fragilidade nas diversas equipes de saúde e interferiu na saúde mental dos profissionais (Dantas, 2021; Souza *et al.*, 2022; Miranda *et al.*, 2023).

Os estudos do impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental dos profissionais de saúde, em um primeiro momento, majoritariamente, estavam focados no ambiente hospitalar e ambulatorial conforme se verifica em evidências demonstradas nos estudos de Lobo e Rieth (2021). A Atenção Primária à Saúde, quando apareceu, foi em caráter residual, no tocante à avaliação

dos impactos de saúde mental dos trabalhadores da resposta à pandemia de Covid-19. (Nabuco *et al.*, 2020)

O cenário é demonstrativo da importância que a presente pesquisa tem para a ampliação do debate e da construção do conhecimento sobre o papel das equipes da atenção primária em emergências de saúde pública (Medina, 2021) e na oportunidade de contribuir com a (re)orientação de políticas públicas de saúde.

Contexto do estudo

Esta pesquisa possui a seguinte pergunta de partida que circunscribe o seu objeto: quais as principais evidências científicas publicadas sobre os impactos da pandemia da Covid-19 na saúde mental de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS)? Dessa pergunta central, surgem outras complementares, que este estudo pode ajudar a elucidar: que tipo de apoio de saúde mental tiveram os profissionais de saúde da APS envolvidos no cuidado à pacientes acometidos pela Covid-19? Que estratégias podem ser pensadas para que a saúde mental dos trabalhadores da APS possa ser cuidada em uma emergência de saúde pública?

Essas são importantes perguntas em decorrência do objeto de estudo que este trabalho pretende discutir. Dessa maneira, espera-se contribuir para a melhoria de políticas públicas de cuidado de saúde mental na intervenção de eventuais efeitos em profissionais advindos do exercício laboral em condições tão extremas.

O objetivo geral desta pesquisa consiste em realizar uma revisão de literatura científica, do tipo estado da arte, sobre os impactos da pandemia da Covid-19 na saúde mental de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). São objetivos específicos: elaborar uma síntese descritiva sobre as principais temáticas e tipos de estudos publicados sobre os impactos de saúde mental nos trabalhadores da APS entre 2023 e 2024, bem como discutir os indicativos das temáticas encontradas para o processo de trabalho na APS em períodos de emergência de saúde pública.

Nesse sentido, considerando a necessidade de realizar os objetivos acima citados, elaborou-se um levantamento básico do tipo *Estado da Arte* sobre os estudos existentes a respeito dos campos de conhecimentos em saúde tratados nesta pesquisa. Segundo os estudos de Sousa *et al.* (2018, p. 7), as revisões do tipo estado da arte possuem as seguintes características: estas revisões são valorizadas por aqueles que são novos numa área ou aqueles que buscam identificar oportunidades potenciais para investigações futuras. Em vez de ter que ler vários artigos descrevendo desenvolvimentos específicos, o leitor pode ter uma ideia da quantidade e das principais características de um assunto num único artigo de revisão. Esses métodos são limitados no tempo e podem distorcer o quadro geral de desenvolvimento de um campo. Por exemplo, se um assunto foi extensivamente coberto por pesquisa no passado, mas temporariamente entrou em “remissão”, a sua importância pode estar sub-representada simplesmente porque está fora do horizonte temporal estabelecido. Por outro lado, um especialista pode simplesmente fornecer uma perspectiva particularmente idiossincrática e pessoal sobre as prioridades atuais e futuras.

Considerando as informações acima disponíveis, a revisão do tipo estado da arte é pertinente haja vista que o objetivo de tal levantamento de literatura é fornecer um panorama temático geral sobre as publicações científicas existentes que possuem conexão coerente com o objeto de estudo.

Para elaboração da revisão de literatura em questão, foram realizadas duas buscas em períodos diferentes (abril de 2023 e julho de 2024) nas bases de dados científicas com a utilização das palavras-chave da pesquisa, a saber, “Covid-19”, “Saúde Mental” e “Profissionais da Saúde” e “Atenção Primária à Saúde”. Importante destacar que todas as palavras-chave foram parametrizadas com os respectivos descritores em saúde na plataforma DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde.

As buscas foram realizadas no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que integra, em seu método de busca, as seguintes bases de dados científicas: Medline/Pubmed – US National

Library of Medicine – NLM; Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; BDENF – Enfermagem; Ibecs – Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud; Index Psicologia – Periódicos; Base de Dados da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SP); BBO – Bibliografia Brasileira de Odontologia; PAHO-IRIS – Repositório Institucional para Compartilhamento de Informações da OPAS; Binacis – Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud Argentina; PIE – Políticas Informadas por Evidências; AIM (África) – Index Medicus Africano; Base de Dados da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP); Mosaico – Saúde integrativa; Colecionasus e WPRIM (Pacífico Ocidental). É importante salientar que, em todas essas bases de dados listadas, houve pelo menos um estudo científico encontrado que articulasse as palavras-chave/descriptores desta pesquisa durante a busca.

A estratégia de coleta de dados consistiu em fazer a busca integrada entre palavras-chave/descriptores utilizando o operador booleano AND. A justificativa de se usar tal estratégia se deveu pelo interesse em investigar os estudos científicos que possuem em seu escopo a totalidade dos termos-chave da pesquisa em questão.

Os critérios de inclusão foram estudos científicos do tipo artigo científico, relatórios técnicos, monografias, dissertações e teses e outras possibilidades de comunicação científica na literatura cinzenta (*grey literature*) que tivessem aproximação temática com o objeto desta pesquisa, do período entre 2020 e 2023 (anos correspondentes ao início e ao fim oficial da pandemia de Covid-19), nos idiomas Inglês, Português e Espanhol.

Os critérios de exclusão foram materiais de divulgação científica, artísticos ou audiovisuais temáticos, estudos que não tivessem aproximação temática com o objeto deste projeto, fora do período entre 2020 e 2023, em idiomas diferentes do Inglês, Português e Espanhol e estudos científicos do tipo *preprint* (publicação provisória).

No processo de busca, foram aplicados os filtros permitidos no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a saber, “Base de dados”; “Assunto principal”; “Tipo de estudo”; e “Idioma”.

O julgamento de aproximação e pertinência temática com o objeto de pesquisa foi realizado pela leitura e sistematização de título, resumo e palavra-chave/descritor dos estudos filtrados.

Resultados e discussão

O resultado da busca contendo a seguinte estratégia de busca “Covid-19” AND “Saúde Mental” AND “Profissionais da Saúde” AND “Atenção Primária à Saúde” está descrito nos quadros abaixo, divididos por tipo de conteúdo. Na primeira busca (em abril de 2023), foram encontrados **87 estudos** científicos nos idiomas Inglês (n = 49), Português (n = 19) e Espanhol (n = 05). Foram excluídos da análise cinco estudos por se enquadrarem nos critérios de exclusão, mais especificamente por serem materiais audiovisuais, restando 82 estudos totais. Na segunda busca (em julho de 2024), foram encontrados **640 estudos** científicos nos idiomas Inglês (n = 334), Português (n = 274) e Espanhol (n = 32). Foram excluídos três estudos que se enquadram no tipo *preprint* (publicação provisória). A seguir, estão disponibilizados os quadros por segmento de resultado da busca (Quadros 1, 2 e 3).

Quadro 1 – Base de Dados/ Quantidade de estudos

<i>Base de Dados</i>	<i>Quantidade de Estudos (2023)</i>	<i>Quantidade de Estudos (2024)</i>	<i>Incremento de Publicação de 2023 para 2024</i>
Medline/ Pubmed	44	286	242 (+84,6%)
Lilacs	19	205	186 (+90,7%)
BDENF – Enfermagem	4	61	57 (+93,4%)
Index Psicologia – Periódicos	2	27	25 (+92,5%)
Ibecs	4	17	13 (+76,4%)
Coleciona SUS	5	16	11 (+68,7%)
Sec. Est. Saúde SP.	0	9	9 (+100%)
BBO – Odontologia	0	7	7 (+100%)
Mosaico – Saúdeintegrativa	2	3	1 (+33,3%)
Binacis	1	1	1 (=0%)
PAHO-IRIS	0	3	3 (+100%)
PIE	0	2	2 (+100%)
AIM (África)	0	1	1 (+100%)
Sec. Munic. Saúde SP	0	1	1 (+100%)
WPRIM (Pacífico Ocidental)	1	1	1 (+0%)
Total	82	640	558 (+87,1%)

Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 2 – Comparativo Assunto Principal do Estudo/ Quantidade de Estudos – 10 mais frequentes

<i>Assunto principal</i>	<i>Quantidade de estudos (2023)</i>	<i>Assunto principal</i>	<i>Quantidade de estudos (2024)</i>
Covid-19	37	Atenção Primária à Saúde	236
Pessoal de Saúde	33	Pessoal de Saúde	202
Infecções por Coronavírus	24	Saúde Mental	89
Atenção Primária à Saúde	20	Covid-19	48
Pandemias	18	Serviços de Saúde Mental	41
Pneumonia Viral	17	Infecções por Coronavírus	35
Saúde Mental	12	Transtornos Mentais	32
Depressão	10	Pandemias	28
Betacoronavírus	9	Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde	27
Ansiedade	8	Pneumonia Viral	25

Fonte: elaborada pelos autores.

Quadro 3 – Comparativo Tipo de Estudo/ Quantidade de Estudos – 10 mais frequentes

<i>Tipo de Estudo</i>	<i>Quantidade (2023)</i>	<i>Tipo de Estudo</i>	<i>Quantidade(2024)</i>
Pesquisa qualitativa	31	Pesquisa qualitativa	271
Fatores de risco	29	Estudo prognóstico	196
Estudo observacional	26	Fatores de risco	136
Estudo de prevalência	21	Estudo observacional	110
Estudo prognóstico	20	Estudo diagnóstico	92
Estudo de rastreamento	20	Estudo de prevalência	81
Estudo diagnóstico	15	Guia de prática clínica	77
Estudo de etiologia	13	Estudo de rastreamento	47
Guia de prática clínica	07	Estudo de etiologia.	39
Ensaio clínico controlado	04	Ensaio clínico controlado	36

Fonte: elaborada pelos autores.

O primeiro aspecto a se discutir, conforme demonstram os dados acima, diz respeito ao fato de que existe interesse multifacetado e multitemático de pesquisa e de intervenção na fronteira entre os campos da Saúde Mental dos profissionais de Saúde da atenção primária no contexto da Covid-19. Do ponto de vista de grandes escalas de pesquisa, a temática em questão ainda possui poucos estudos (640 neste levantamento, considerando a coleta de 2023 e 2024 somadas em um intervalo de 1 ano e 3 meses).

Ou seja, há menos de mil estudos a respeito da temática considerando a coleta de estudos científicos em várias bases de dados integradas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). É fato, também, que

houve um incremento relevante de estudos de 2023 para 2024 (cerca de 87,1%) neste campo de pesquisa. O que demonstra a necessidade e importância das iniciativas já disponibilizadas e importância da realização de mais estudos para aprimoramento das evidências disponíveis neste campo de interface de políticas de Saúde.

O segundo aspecto a se discutir diz respeito à mudança de quantitativos de estudos publicados em relação aos assuntos/temáticas. Em 2023, ao se fazer um recorte dos cinco assuntos mais frequentes, tem-se o seguinte pela ordem decrescente: *covid-19; pessoal da saúde; infecções por coronavírus; atenção primária à saúde; e pandemias*.

Nota-se a predominância de estudos sobre a doença pandêmica e seus trabalhadores. A atenção primária não aparece em posição de destaque neste ano. Em 2024, há mudança do cenário de assuntos mais frequentes na seguinte ordem: *atenção primária à saúde; pessoal da saúde; saúde mental; covid-19; e serviços de saúde mental*.

Essa mudança é coerente e compatível com as mudanças de protagonismo que a atenção primária desempenhou ao longo das fases/períodos de desenvolvimento da Pandemia de Covid-19. A atenção primária se consolida como estratégia fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS) conforme apontam as evidências de Andrade, Barreto e Bezerra (2009).

Importante destacar que cresceu o interesse por pesquisas no campo da atenção primária e surgem significativos interesses em estudar saúde mental e serviços de saúde mental, fato este extremamente interessante para reorganização das possibilidades de cuidado com a saúde mental dos trabalhadores desses serviços.

O terceiro aspecto a se discutir diz respeito aos tipos de estudos elaborados. Em 2023, ao se fazer um recorte dos cinco tipos de estudos mais frequentes, tem-se o seguinte pela ordem decrescente: *pesquisa qualitativa; fatores de risco; estudo observacional; estudo de prevalência; e estudos de prognóstico*. Em 2024, há mudança do cenário de assuntos mais frequentes na seguinte ordem: *pesquisa qualitativa; estudos de prognóstico; fatores de risco; estudo observacional; e estudo de diagnóstico*.

Nota-se que a pesquisa qualitativa tem sido a predominante na busca de compreender a complexidade de fenômenos existentes nesse campo de estudos, destacando-se, também, os estudos de caráter epidemiológico e estudos clínicos para planejamento e intervenção sobre os impactos da Pandemia de Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores da atenção primária.

O quarto aspecto a se discutir diz respeito à importância de destacar algumas iniciativas preliminares de consolidação de dados científicos dessa articulação entre Covid-19, saúde mental e profissionais da saúde nos estudos de Palácios e Rego (2020) intitulado “Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus” e o artigo de Filho *et al.* (2020) intitulado “A saúde do trabalhador e o enfrentamento da Covid-19”.

Ainda no esforço de elencar esforços de pesquisa neste campo, é salutar destacar o desenvolvimento de grandes levantamentos científicos, tais como a pesquisa “The covid-19 HEROES Study – Impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores nos serviços de saúde”, realizada no estado do Ceará pela Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Esse estudo foi internacional e multicêntrico. Segundo Franco (2020, p. 1),

Entre as contribuições da pesquisa, está a caracterização do perfil sociodemográfico destes profissionais em seus mais diferentes níveis, quer seja atenção primária, secundária ou terciária, além de identificar os fatores estressores e protetores da saúde mental destes trabalhadores durante a pandemia.

Os objetivos da pesquisa acima foram: 1) descrever os estressores e fatores protetores que apresentam os trabalhadores dos serviços de saúde durante a pandemia de Covid-19; 2) estimar o impacto da exposição à Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde durante e após a pandemia (linha de base, 3, 6 e 12 meses); 3) analisar como a Covid-19 modificou a organização dos

serviços de saúde e suas práticas, e como essas mudanças afetaram a saúde mental e outros aspectos psicossociais dos trabalhadores dos dispositivos de saúde; e 4) comparar, entre os diversos países participantes, o impacto da exposição à Covid-19 na saúde mental e outros aspectos psicossociais dos trabalhadores dos dispositivos de saúde; e 5) compreender as percepções dos profissionais e gestores da saúde sobre as inter-relações entre as políticas implantadas para o enfrentamento da pandemia e aspectos da saúde mental dos profissionais da saúde (CRF-CE, 2020).

Em termos metodológicos, o desenho da pesquisa pretendeu, por meio de etapas quantitativas e qualitativas, abranger uma amostra total de 1.067 trabalhadores em todo o território nacional. A estruturação da parte quantitativa foi da seguinte forma:

o desenho deste estudo é de metodologia mista do tipo convergente. Na dimensão quantitativa, será realizado um estudo de corte e serão convidados a participar os profissionais de saúde que atuam em serviços que atendem usuários com suspeita ou com diagnóstico de Covid-19 nos serviços de atenção primária à saúde, CAPS, pronto-socorro, hospitais e unidades de terapia intensiva (CRF-CE, 2020, p. 1).

Já a estruturação da parte qualitativa da pesquisa foi pensada da seguinte maneira:

Na dimensão qualitativa, a produção de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, que serão gravadas e transcritas. Serão convidados a participar dez gestores da saúde (gestores dos serviços de saúde, gestores municipais, gestores da vigilância epidemiológica) e vinte profissionais que atuam na linha de frente da assistência à pandemia por cada município incluído no estudo, seguindo o critério de saturação dos dados (CRF-CE, 2020, p. 1).

Em termos de resultados preliminares e amostrais no estado do Ceará desta pesquisa, segundo as informações de Nepomuceno (2021, p. 1), tem-se o seguinte:

Durante a primeira etapa, cerca de 550 trabalhadores da saúde cearenses responderam às questões da pesquisa, representando 65 cidades. O grupo era composto, em sua maioria, por psicólogos, médicos e enfermeiros. Quase metade deles indicou necessidade de apoio psicológico. Os resultados preliminares indicam, ainda, a possibilidade de transtornos ansiosos ou depressivos em uma parcela considerável de profissionais e sinais de alerta para risco de suicídio em alguns participantes.

Outra frente de pesquisa importante cujos achados dialogam com os achados de estudos científicos disponíveis diz respeito ao estudo “Impacto e consequências da covid-19 em trabalhadores de saúde do estado do Ceará: uma avaliação integrada clínico-psiquiátrica e molecular da saúde do trabalhador”, realizado pela Faculdade de Medicina (Famed) da Universidade Federal do Ceará (UFC) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Os sujeitos pesquisados estiveram vinculados aos seguintes locais: Hospital Geral César Cals (HGCC), Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSSM), Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), sediados na capital, e Hemorrede do Ceará (Hemoce), que engloba grandes municípios do Ceará (Fortaleza, Crato, Juazeiro do Norte, Sobral, Iguatu e Quixadá) (UFC, 2023).

Em termos de resultados parciais, o estudo acima afirma que,

Com três fases previstas, o estudo já tem consolidados resultados das duas fases iniciais – a primeira realizada em setembro e outubro de 2021 e a segunda em março e abril de 2022. As informações foram coletadas com 1.476 participantes que responderam a questionários. De acordo com o relatório elaborado, os dados “demonstram que os impactos da pandemia têm sido mais significativos que o esperado”. As consequências parecem ser piores para os profissionais da linha de frente em comparação com os da segunda linha”. Outros achados nessas duas fases revelam que as implicações da covid foram maiores nas trabalhadoras do sexo feminino, das quais mais de 30% apresentaram sintomas de depressão e ansiedade na primeira fase do estudo, número elevado para 37% na fase 2. Entre os participantes do sexo masculino, 24% apresentaram algum tipo de sofrimento mental na fase 1, proporção

mantida também na fase 2 (23%). Constam como sintomas mais relatados níveis alterados de estresse ou inquietação (“sentir-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)”), sendo 52% presentes no sexo feminino e 38% no masculino; tristeza (“sentir-se triste”, 35% no sexo feminino e 20% no sexo masculino); insônia (“dormir mal”, 42% no sexo feminino e 38% no sexo masculino); e cansaço excessivo (“sentir-se cansado(a) o tempo todo”, 40% nas mulheres e 21% nos homens). (UFC, 2023. p. 1).

Esses últimos trabalhos citados apresentam dados preliminares e abrem uma perspectiva de aprofundamento do campo de pesquisa, sobretudo no diálogo com a realidade da Atenção Primária à Saúde.

Encaminhamentos para a prática

01. Crescente Interesse na Realização de Estudos no Campo da Atenção Primária

Este levantamento do *Estado da Arte* elucidou que, entre os estudos disponíveis, tem crescido substancialmente o interesse pelo campo de articulação da saúde mental de trabalhadores da atenção primária. Os tipos de estudos mais frequentes são pesquisas qualitativas/compreensivas; estudos de prognóstico; fatores de risco; estudos observacionais; e estudos de prática clínica. Os campos de estudo mais frequentes são Enfermagem; Psicologia; Medicina; e Trabalhadores técnico-administrativos.

Este cenário é demonstrativo da importância de ampliar o debate e a construção do conhecimento sobre o papel das equipes da atenção primária em emergências de saúde pública. Destaca-se, ainda, a oportunidade de contribuir com a (re) orientação de políticas públicas de saúde.

02. As evidências disponíveis apontam para significativos impactos na qualidade da saúde mental dos trabalhadores da APS durante a Pandemia de Covid-19

O crescente número de estudos com o assunto Saúde Mental e Pessoal da Saúde é demonstrativo de que houve significativos impactos na saúde mental dos trabalhadores em geral e, em especial, da atenção primária. O assunto *Transtorno Mental* apareceu de forma residual nos estudos encontrados em 2023. Em 2024, esse tema comparece com significativa expressão, evidenciando que esse tipo de impacto na saúde mental começa a ser documentado pelos estudos científicos.

03. Balanço Geral de Objetivos e Perguntas Complementares: caminhos sugeridos

A respeito do objetivo geral deste estudo, a saber, “realizar uma revisão de literatura científica, do tipo estado da arte, sobre os impactos da pandemia da Covid-19 na saúde mental de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS)”, entende-se que foi totalmente atendido na medida em que o levantamento do estado da arte obtido permitiu visualizar um panorama das evidências disponíveis.

Sobre o primeiro objetivo específico, a saber, “elaborar uma síntese descritiva sobre as principais temáticas e tipos de estudos publicados sobre os impactos de saúde mental nos trabalhadores da APS entre 2023 e 2024”, entende-se que foi plenamente atingido sobretudo pelos dados disponibilizados nos resultados dos quadros descritivos. Em relação ao segundo objetivo específico, a saber, “discutir os indicativos das temáticas encontradas para o processo de trabalho na APS em períodos de emergência de saúde pública”, entende-se que foi igualmente atendido em sua totalidade pelo fato de que os principais elementos da revisão foram discutidos com a literatura científica disponível.

Sobre a primeira pergunta complementar desta pesquisa, a saber, “que tipo de apoio de saúde mental tiveram os profissionais de saúde da APS envolvidos no cuidado à pacientes com COVID 19?”, os estudos disponibilizados, em geral, demonstram que não houve disponibilização organizada de apoio de saúde mental aos profissionais durante a Pandemia de Covid-19. Fato este evidenciado pelo

crescente número de estudos demonstrando o adoecimento mental por estresse, ansiedade, depressão e *burnout* no trabalho. Esse entendimento é corroborado pela escassa quantidade de materiais disponibilizados nas bases de dados governamentais (secretarias estaduais e municipais de saúde).

A respeito da segunda pergunta complementar, a saber, “Que estratégias podem ser pensadas para que a saúde mental dos trabalhadores da APS possa ser cuidada em uma emergência de saúde pública?”, os estudos disponíveis demonstram que a organização dos processos de trabalho, a redução da precarização e sobrecarga de trabalho, somadas à disponibilização de suporte de atendimento de saúde mental aos trabalhadores são caminhos importantes.

Referências

ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. de S. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009.

BARCELLOS, C.; XAVIER, D. R. As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de covid-19 no Brasil. *Reciis. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro*, v. 16, n. 2, p. 221- 226, abr.-jun. 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/54384#collapseExample>. Acesso em: 21 ago. 2023.

BICALHO, C. S. da. *et al.* Estratégias de coping e liderança autêntica: atuação do enfermeiro em 2021 durante a pandemia de covid-19. *Esc Anna Nery* 2023;27:e20220192. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/vBgGdgyDGL8VxsTpX3xF7tS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel coronavírus. Painel Geral: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BUSS, P. M.; ALCÁZAR, S. GALVÃO, L. A. Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. *Estud. av.* 2020. v. 34, n. 99, p. 45-64, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103->. Acesso em: 10 maio 2024.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA-CE (CRF-CE). *Participe da Pesquisa Heroes: Estudo multicêntrico internacional sobre os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores da saúde.* 2020. Disponível em: <https://crfce.org.br/2020/10/08/participe-da-pesquisa-heroes-estudo-multicentrico-internacional-sobre-os-impactos-da-pandemia-de-covid-19-na-saude-mental-dos-trabalhadores-da-saude/> Acesso em: 13 abr. 2021.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 25, supl. 1, e200203, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000200500&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2021.

FILHO, J. M. J. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 45, e14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Km3dDZSWmGpggYbjgc57RCn/?lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2020.

FOUST, A. M. *et al.* Pediatric SARS, H1N1, MERS, EVALI, and Now Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: What Radiologists Need to Know. *American Journal of Roentgenology*: 1-9. 10.2214/AJR.20.23267. Disponível em: <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.20.23267#>. Acesso em: 10 maio 2020.

FRANCO, J. *Estudo avalia impactos da pandemia na saúde mental de trabalhadores da saúde.* Escola de Saúde Pública do Ceará. 2020. Disponível em: <https://www.esp.ce.gov.br/2020/10/19/estudo-avalia-impactos-da-pandemia-na-saude-mental-de-trabalhadores-da-saude/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

HUR, D. U.; SABUCEDO, J. M.; ALZATE, M. Bolsonaro e Covid-19: negacionismo, militarismo e neoliberalismo. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 21, n. 51, p. 550-569, ago. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200018&lng=pt&nrm=iso
Acesso em: 21 ago. 2023.

JACQUES, N. *et al.* Uso de máscara durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: resultados do estudo EPICOID19-BR. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 6, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT271921>. Acesso em: 10 maio 2024.

SOUZA, C. H, L. de. *et al.* Impactos sobre a saúde mental dos trabalhadores postos em home-office com o advento da pandemia de covid-19: uma revisão integrativa de literatura. *Revista de Casos e Consultoria*, v. 13, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/28813>. Acesso em: 6 ago. 2024.

LIMA, Y. O. de; COSTA, D. M.; SOUZA, J. M. de. painel de informações “Risco de Contágio por Ocupação no Brasil”, 2020. Disponível em: <https://impactocovid.com.br/> Acesso em: 14 maio 2020.

LOBO, L. A. C.; RIETH, C. E. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*, v. 45, n. 130, p. 885-901, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024>. Acesso em: 10 maio 2024.

MA, J. Estimating Epidemic Exponential Growth Rate And Basic Reproduction Number. *Infectious Disease Modelling. Infectious Disease Modelling* v. 5, 2020. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2468042719300491?token=2093867134CE164C0EB736DE232EF1318B4989DFA16D6BA40BE04C7A7121B53996067155500B25E75E7F13054AF9917F>. Acesso em: 14 maio 2020.

MACIEL, E. *et al.* A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 27, n. 3, mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.21822021>. Acesso em: 6 ago. 2024.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, jun. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 13 abr. 2021.

MIRANDA, K. S. de *et al.* Impacto do perfil ocupacional, saúde mental e religiosidade sobre depressão, ansiedade e estresse de profissionais de saúde na pandemia de COVID-19. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 72, n. 4, p. 239-246, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/7hggnkYkRB5jpSXnkkFXmGg/?lang=pt#> Acesso em: 04 jul. 2024.

MOTA DE SOUSA, L. M. *et al.* Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, Porto, Portugal, v. 1, n. 1, p. 45–54, 2018. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/20>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MOURA, E. C. *et al.* Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020–2022. *Revista Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2024/01/18/as-ondas-da-covid-19-e-o-aumento-e-das-doencas-cronicas-no-brasil/>. Acesso em: 10 maio 2024.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P. de; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2020 Jan-Dez; v.15, n. 42, p. 25-32. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/2532/1567/14133>. Acesso em: 04 jul. 2024.

NEPOMUCENO, E. ESP/CE inicia segunda fase de estudo sobre impactos da pandemia na sanidade mental dos trabalhadores da saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará. 2021. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2021/12/16/esp-ce-inicia-segunda-fase-de-estudo-sobre-impactos-da-pandemia-na-sanidade-mental-dos-trabalhadores-da-saude/>. Acesso em: 10 maio 2024.

NOGUEIRA, P. Fim da emergência de saúde pública para a covid-19 decretado pela OMS não implica término da pandemia, alerta pesquisadora da Unesp. *Jornal da Unesp*, São Paulo, 05 maio 2023. Disponível em: <https://jornal.unesp.br/2023/05/09/fim-da-emergencia-de-saude-publica-para-a-covid-19-decretado-pela-oms-nao-implica-termino-da-pandemia-alerta-pesquisadora-da-unesp/>. Acesso em: 05 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Coronavirus disease (COVID- 19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health, 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health) Acesso em: 14 maio 2020.

PALÁCIOS. M.; REGO, S. Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. *Informe ENSP*, 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/saude_mental_dos_trabalhadores_de_saude_em_tempos_de_coronavirus.pdf. Acesso em: 3 abr. Acesso em: 10 maio 2024.

POIATTI, N. D.; PEDROSO, N. C. Desigualdade internacional no combate à Covid-19 e os seus impactos nos gastos públicos. *Saúde em Debate*, v. 46, n. spe8, p. 21–34, dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kwMmZGrxyPLqRBqDwVpc4hn/?format=html&l ang=pt#> Acesso em: 05 jul. 2024.

PONCE, B. J.; ARAÚJO, W. B. Pós-pandemia no Brasil. *E-Curriculum*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 1432-1459, out. 2021. Disponível em http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-38762021000401432&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 ago. 2024.

ROSA-CÓMITRE, A. C. D. *et al.* Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 12, pp. 3553-3562. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06342023> <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06342023EN> Acesso em: 10 maio 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. UFC e FIOCRUZ pesquisam sobre impacto da covid-19 na saúde mental de mais de 1.400 trabalhadores da área da saúde no Ceará. 2023. Disponível em: <https://www.ufc.br/noticias/17541-ufc-e-fiocruz-pesquisam-sobre-impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-mais-de-1-400-trabalhadores-da-area-da-saude-no-ceara>. Acesso em: 10 maio 2024.

Fatores relacionados à saúde bucal autopercebida e qualidade de vida de pessoas idosas durante a pandemia por Covid-19

um estudo transversal

*Priscilla Rolim Mendonça
Paula Sacha Frota Nogueira
Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho
Marília Braga Marques
Mariana Ramalho de Farias*

Introdução

Os problemas dentários interferem de maneira direta nas atividades básicas como mastigação, fonação, estética e relações sociais. O edentulismo e o uso de próteses desadaptadas acarretam fragilidade alimentar, dificuldades de fonação e baixa autoestima do indivíduo, o que traz isolamento social e pode gerar desequilíbrio emocional e mental (Machado, 2018; Ygnatios; Lima-Costa; Torres, 2023).

Entre os idosos, um dos principais motivos para não se procurar atendimento odontológico é a falta de percepção de suas necessidades bucais. Culturalmente, ainda existe no imaginário coletivo a ideia de que pessoas idosas não necessitam de assistência odontológica por serem, em sua maioria, edêntulos. O edentulismo está ligado a um modelo de atenção à saúde medica-locêntrico que justifica tal prática devido à necessidade de alívio da dor, à situação financeira do idoso ou ao desejo de reabilitação protética (Cortes, 2023).

O Grupo de Qualidade de Vida (QV), The WHOQOL Group (1995), criado pela Organização Mundial de Saúde, definiu o conceito de QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O instrumento “WHOQOL-Bref”, desenvolvido pelo grupo, considera quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) para análise da QV (Fleck *et al.*, 2000; Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Avaliar a condição bucal relacionada à QV é fundamental para tomada de decisão sobre as estratégias a serem implementadas na prevenção e promoção da saúde bucal (SB) (Yactayo-Albuquerque *et al.*, 2021). O instrumento Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) é utilizado em estudos epidemiológicos de SB para conhecer os impactos da condição oral na QV, por meio da autopercepção (Dantas, 2019; Kreve, 2020).

Durante a pandemia pelo Corona Virus Disease-19 (covid-19), novas barreiras reduziram ainda mais o acesso aos cuidados de SB para idosos, pois muitos procedimentos odontológicos têm um risco aumentado de gerar aerossóis contaminantes. Consequentemente, os idosos tiveram receio de procurar ou receber cuidados odontológicos devido ao medo de contrair a doença (Marchini; Ettinger, 2020).

Questões inerentes ao contexto pandêmico, tais como o isolamento físico e social, a mudança nos hábitos diários e a limitada oferta de atendimento odontológico podem ter impactado negativamente na SB e, consequentemente, na QV dos idosos do território.

Acredita-se que conhecer os aspectos relacionados à QV de idosos reveste-se de grande importância científica e social por permitir alternativas válidas de intervenção em políticas públicas e sociais. Objetivou-se, com este estudo, analisar fatores relacionados à saúde bucal autopercebida de idosos e QV durante a pandemia por COVID-19.

Materiais e método

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Horizonte, Ceará, Brasil, a qual é composta por três equipes de saúde da família, sendo a unidade responsável por cerca de 11.800 usuários.

A população de referência foram 1.647 idosos cadastrados no território de abrangência da UBS, segundo dados da plataforma E-SUS AB em outubro de 2022. Para definição da amostra, assumiu-se a fórmula que considera a proporção finita dos sujeitos relacionados a uma variável dicotômica e a máxima diferença aceita dessa proporção, com o nível de significância sendo o nível de confiança, aqui convencionado em 95%; com a proporção de idosos que possuem alterações na QV relacionados a SB adotada em 50%, e é a diferença de proporção considerada aceitável, no caso 50%. Assim, de acordo com o cálculo, a amostra final deveria ser de 292 idosos.

A amostragem foi do tipo não probabilística, por conveniência, que consistiu em aplicar a pesquisa com pacientes cadastrados na UBS que a frequentaram voluntariamente no período de junho a agosto de 2022, alcançando uma amostra de 101 idosos.

Destaca-se que, durante o período supracitado, o estado do Ceará apresentou um aumento de casos nas Semanas Epidemiológicas 27 e 28 (3 a 16 de julho de 2022), em que foram confirmados 25.987 novos casos de covid-19, representando aumento de 76% em relação aos casos registrados nas duas semanas anteriores (Ceará, 2022).

Assim, a interrupção da coleta de dados foi necessária para garantir a proteção e dirimir possíveis dados relacionados a esta pesquisa.

Utilizaram-se como critérios de inclusão: idosos com capacidade cognitiva preservada avaliada pela versão brasileira do Miniexame de Estado Mental (MEEM). Já os critérios de exclusão foram idosos institucionalizados no período do estudo ou com deficiência auditiva, pois isto inviabilizaria a realização das entrevistas.

A equipe de coleta de dados foi composta pela cirurgiã-dentista da UBS e por quatro graduandos de Odontologia. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a equipe realizou cinco entrevistas-teste com usuários da UBS para observar a metodologia de coleta de dados, os instrumentos utilizados e o tempo despendido na coleta. Esses entrevistados não fizeram parte da amostra. Os entrevistadores, munidos de smartphones conectados à internet da UBS, caneta e almofada para carimbo, paramentados com máscaras faciais PFF2, seguiram o mesmo protocolo durante a abordagem aos idosos que aguardavam algum atendimento na sala de espera da UBS.

Os idosos que compareceram à UBS eram convidados a participar do estudo quando estavam na sala de espera aguardando algum tipo de atendimento de saúde. Após o aceite inicial, o entrevistador convidava o idoso para um espaço em reservado e fornecia todas as informações sobre a pesquisa. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi solicitada a assinatura do idoso ou coleta da digital.

Em seguida, realizou-se a avaliação cognitiva dos participantes, por meio da aplicação do MEEM. Após inclusão do idoso na amostra, os dados socioeconômicos, demográficos e de saúde geral e bucal foram coletados a partir de instrumentos como o formulário de entrevista produzido pelos pesquisadores. As informações quanto à QV foram coletadas por meio do instrumento WHOQOL-Bref e em relação à SB autopercebida pelo instrumento GOHAI.

Os dados coletados foram enviados automaticamente ao fim de cada entrevista, de forma *online*, para a plataforma digital do *google forms*, posteriormente organizados em planilha do programa

Microsoft Excel® e exportado para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25.0 para análises estatísticas.

As variáveis independentes foram *sexo; condição de união; autoavaliação geral de saúde; hábito de fumar; hipertensão arterial sistólica (HAS); diabetes mellitus (DM); frequência diária de higiene bucal; xerostomia; problemas dentário e gengival; edentulismo total; uso de prótese dentária; estado de saúde comparado com antes da pandemia; e última consulta ao dentista.*

Elencaram-se como variáveis dependentes: *QV* (mensurada pelo WHOQOL-Bref) e *autopercepção das condições bucais* (mensurada pelo GOHAI). Os resultados do GOHAI foram totalizados, resumindo as respostas de cada item, bem como dicotomizados em *Autopercepção Baixa* (pontuação menor ou igual a 30) e *Autopercepção Alta/Moderada* (pontuação acima de 30) para análises bivariadas.

A análise descritiva dos dados ocorreu por meio de frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. A análise inferencial foi realizada por meio de testes estatísticos paramétricos (ANOVA, teste T de Student e teste t de Welch), para investigar associações entre as variáveis descritivas e os questionários aplicados no estudo, considerando uma margem de erro de 5% com intervalo de confiança de 95%.

Realizou-se regressão logística binária e anova fatorial para análises multivariadas. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene. Análises de *post-hoc* para os efeitos principais e de interação foram realizadas por meio do teste de Bonferroni. Realizou-se também a análise de Sperman para verificar a correlação entre QV e a autopercepção de SB utilizando os valores totais e dos domínios em separado do WHOQOL-Bref com os escores totais do GOHAI, considerando 0,8 a 1,0 forte correlação; 0,5 a 0,8 correlação moderada; 0,2 a 0,5 correlação fraca; 0,0 a 0,2, correlação insignificante.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o parecer nº 5.403.884 em

conformidade com a resolução 466/2012 para pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e discussão

O perfil socioeconômico e demográfico dos 101 idosos entrevistados, revelou média de idade de 68,1 anos (6,3), sexo feminino (57,4%), autodeclarados pardos (48,5%), casados ou com companheiro (56,4%), três anos de estudo e renda mensal individual de 1 a 2 salários-mínimos (74,3%).

Os dados relacionados à saúde geral revelaram amostra majoritariamente autoavaliada como regular (52,5%), composta por ex-fumantes (48,5%) e portadores de HAS (62,4%). Alguns entrevistados relataram já terem positivado no exame de covid-19 (31,7%).

Quanto à SB, os dados retrataram idosos majoritariamente edêntulos (64,9%), usuários de prótese dentária (76,2%), com boa autopercepção de SB (46,5%) e que realizam a higiene oral duas vezes ao dia (49,5%). Quando instigados a comparar o seu estado de SB atual com o de antes do início da pandemia, relataram estados aproximadamente iguais (62,4%). A maioria dos entrevistados realizou a sua última consulta odontológica antes da pandemia (62,4%).

A Tabela 1 apresenta os valores referentes à classificação pelo índice GOHAI e WHOQOL-Bref. Essa pontuação, quando aplicada à escala de interpretação para o índice, caracteriza uma boa classificação da percepção de SB (média de 31,5 pontos). Os idosos avaliaram sua QV geral (3,71) e sua satisfação com a saúde (3,54) de forma regular.

Tabela 1 – Distribuição dos valores obtidos do GOHAI e WHOQOL-Bref da amostra de idosos (N=101). Horizonte, Ceará, 2022

Variáveis	n(%)			
GOHAI $\mu= 31,50$ DP = 5,13				
Baixo (menor ou igual a 30)	33(32,67)			
Moderado (31 a 33)	18(17,82)			
Ótimo (34 a 36)	50(49,50)			
WHOQOL-Bref	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1. Percepção de qualidade de vida	1,000	5,000	3,710	0,967
2. Satisfação com a saúde	1,000	5,000	3,540	1,005
Domínio físico	1,000	4,290	3,149	0,602
Domínio psicológico	2,170	5,000	3,941	0,620
Domínio relações sociais	1,330	5,000	4,037	0,755
Domínio meio ambiente	2,000	5,000	3,875	0,628

Fonte: elaborada pelos autores.

Realizou-se a correlação do GOHAI com a pontuação total do WHOQOL-Bref e dos valores de seus domínios. Os resultados demonstram que há correlação significativa, entretanto fraca entre os valores gerais do WHOQOL-Bref e GOHAI ($r\hat{o} = 0,269$, $p = 0,007$) e do domínio psicológico ($r\hat{o} = 0,317$, $p = 0,01$).

A Tabela 2 apresenta a associação estatística entre a autopercepção de SB obtida por meio da aplicação do GOHAI, classificada em alta/moderada e baixa, e as variáveis independentes.

Tabela 2 – Associação entre o índice GOHAI e as variáveis sociodemográficas, de saúde geral e de SB (N = 101). Horizonte, Ceará, 2022

Variáveis	Autopercepção Alta/ Moderada (Acima de 30)	Autopercepção Baixa (Menor ou igual a 30)	<i>p</i>
	n	n	
Sexo			0,830^a
Feminino	40	24	
Masculino	18	15	
Condição de união			0,889*
Casado/companheiro	40	17	
Separado/divorciado	7	4	
Solteiro	6	4	
Viúvo	15	8	
Raça			0,401*
Amarela	2	0	
Branca	20	15	
Parda	35	14	
Preta	11	4	
Autoavaliação geral de saúde			0,294*
Muito ruim	1	1	
Ruim	17	7	
Regular	39	14	
Boa	8	8	
Muito boa	3	3	
Hábito de fumar			0,426*
Ex-fumante	33	16	
Fumante atual	7	1	
Nunca fumou	27	16	

HAS			0,517^a
Não	24	14	
Sim	44	19	
DM			1,000^a
Não	40	19	
Sim	28	14	
Autoavaliação de SB			0,006*
Muito ruim	2	3	
Ruim	6	9	
Regular	17	12	
Boa	39	8	
Muito boa	4	1	
Frequência diária de higiene bucal			0,280*
Nenhuma	1	2	
01 vez	12	8	
02 vezes	33	17	
03 vezes ou mais	22	6	
Xerostomia			0,250^a
Não	50	20	
Sim	18	13	
Problema dentário			0,001^a
Não	51	14	
Sim	17	19	
Problema gengival			0,098^a
Não	52	20	
Sim	20	13	
Edentulismo total			0,141^a
Não	19	16	
Sim, arcada superior	34	12	
Sim arcada inferior	15	5	

Uso de prótese dentária			0,051*
Não	11	13	
Sim, parcial inferior	2	1	
Sim parcial inferior, total superior	5	0	
Sim, parcial superior	6	4	
Sim, parcial superior e inferior	1	2	
Sim, total superior	16	6	
Sim, total superior e inferior	27	7	
Estado saúde comparado com antes da pandemia			0,007*
Muito pior	6	3	
Um pouco pior	7	12	
Aproximadamente igual	49	14	
Com algumas melhoras	5	2	
Muito melhor	1	2	
Última consulta com dentista			0,280*
Antes da pandemia	44	19	
Até 02 anos atrás	7	1	
Até 01 anos atrás	1	2	
Até 06 meses atrás	16	10	
Não	52	20	

^a Welch.

*Anova.

Fonte: elaborada pelos autores.

O índice GOHAI foi impactado por três fatores: ausência de problemas dentários, condição de SB aproximadamente igual a antes da pandemia e boa autopercepção de SB. Realizou-se regressão logística para verificar em que medida os níveis de autopercepção avaliados pelo GOHAI podem ser adequadamente previstos pelas variáveis que foram estatisticamente significantes na análise bivariada (Tabela 3).

Tabela 3 – Regressão logística das variáveis preditoras do GOHAI (N=101). Horizonte, Ceará, 2022

Variável	Wald	gl	p	Exp (B)	Inferior	Superior
Estado atual de SB em relação à COVID-19						
Muito pior ^a	6,102	4	0,192			
Um pouco pior	0,001	1	0,981	1,046	0,027	40,164
Aproximadamente igual	1,019	1	0,313	7,496	0,150	374,068
Com algumas melhoras	0,002	1	0,960	0,910	0,022	38,453
Muito melhor	0,362	1	0,548	2,852	0,094	86,756
Autoavaliação da SB						
Muito ruim ^a	2.700	4	0,609			
Ruim	0,340	1	0,560	0,357	0,011	11,393
Regular	0,083	1	0,773	0,658	0,038	11,401
Boa	0,000	1	0,988	1,021	0,067	15,442
Muito boa	0,339	1	0,561	2,190	0,156	30,685
Problema Dentário*	2,998	1	0,083	2,864	0,870	9,422
WHOQOL-Bref	7,892	1	0,005	1,056	1,016	1,096

^a Valor de referência.

* Valor de referência: Não ter problemas dentários.

Fonte: elaborada pelos autores.

De todos os preditores, apenas os índices da WHOQOL-Bref tiveram impacto estatisticamente significativo ($\exp(b) = 1,056$ [95% IC: 1.016 – 1,096]), demonstrando que a cada ponto no escore da WHOQOL-Bref aumenta 1,05 chances de o idoso apresentar autopercepção alta/moderada na escala de GOHAI.

A Tabela 4 apresenta associação estatística entre os domínios do WHOQOL- Bref e as variáveis sociodemográficas e de saúde.

Tabela 4 – Associação entre os domínios do WHOQOL-Bref e as variáveis sociodemográficas, de saúde geral e de saúde bucal (N=101). Horizonte, Ceará, 2022

Variáveis	n	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
Sexo					0,034^b
Feminino	58	96,91	14,69	1,93	
Masculino	43	103,16	14,02	2,13	
Condição de união					0,278*
Casado/companheiro	57	100,84	14,74	1,95	
Separado ou divorciado	11	95,82	17,60	5,30	
Solteiro	10	94,40	16,60	5,25	
Viúvo	23	101,35	11,59	2,41	
Raça					0,375*
Amarela	2	104,50	3,53	2,50	
Branca	35	96,09	16,07	2,71	
Parda	49	101,18	13,40	1,91	
Preta	15	101,80	15,68	4,04	
Autoavaliação de saúde geral					0,791*
Muito ruim	2	86,00	32,52	23,00	
Ruim	24	99,29	15,75	3,21	
Regular	53	100,34	14,28	1,96	
Boa	16	97,38	14,32	3,50	
Muito boa	6	104,33	9,66	3,90	
Hábito de fumar					0,244*
Ex-fumante	49	101,12	12,40	1,77	
Fumante atual	8	104,75	15,06	5,32	
Nunca fumou	43	97,00	16,83	2,56	
HAS					0,434^b
Não	38	101,05	15,86	2,57	
Sim	63	98,68	13,96	1,75	
DM					0,006^b
Não	59	102,93	13,46	1,75	
Sim	42	94,86	15,16	2,34	

Frequência diária higiene bucal					0,666*
Nenhuma	3	102,33	7,57	4,37	
01 vez	20	101,95	15,51	3,47	
02 vezes	50	99,96	14,49	2,05	
03 vezes ou mais	28	96,89	15,16	2,86	
Xerostomia					0,010^b
Não	70	102,04	13,65	1,63	
Sim	31	94,00	15,58	2,79	
Problema dentário					0,837^b
Não	65	99,80	14,49	1,79	
Sim	36	99,17	15,20	2,53	
Problema gengival					0,736^b
Não	72	99,89	14,78	1,74	
Sim	29	98,79	14,62	2,71	
Edentulismo total					0,691*
Não	35	100,20	14,39	2,43	
Sim, arcada superior	46	98,28	15,27	2,25	
Sim, arcada inferior	20	101,45	14,20	3,17	
Uso de prótese dentária					0,693*
Não	24	101,08	14,95	3,05	
Sim, apenas parcial inferior	3	96,00	22,71	13,11	
Sim parcial inferior, total superior	5	104,00	10,19	4,56	
Sim, apenas parcial superior	10	99,40	9,48	3,00	
Sim, parcial superior e inferior	3	91,33	21,57	12,45	
Sim, apenas total superior	22	96,86	16,31	3,47	
Sim, total superior e inferior	34	100,71	14,58	2,50	
Estado saúde comparado com antes da pandemia					0,349*
Muito pior	9	94,78	16,77	5,59	
Um pouco pior	19	97,63	10,61	2,43	
Aproximadamente igual	63	99,68	15,39	1,94	
Com algumas melhoras	7	109,43	10,34	3,90	
Muito melhor	3	101,00	21,79	12,58	

Última consulta com CD					0,178*
Antes da pandemia	63	97,11	113,83	1,74	
Até 02 anos atrás	8	101,63	18,72	6,62	
Até 01 ano atrás	3	100,67	7,02	4,05	
Até 06 meses atrás	26	104,58	15,51	3,04	

*Anova.

^a Welch.

^b Teste T.

Fonte: elaborada pelos autores.

Houve associação estatística entre os valores dos domínios do WHOQOL-Bref e as variáveis “sexo”, “xerostomia” e “diabetes mel-litus”. Realizou-se a anova fatorial com o objetivo de verificar em que medida os níveis de QV mensurados pelo WOQHOL-Bref eram diferentes entre homens e mulheres com ou sem DM e xerostomia.

Os resultados da anova demonstraram que houve um efeito estatisticamente significativo para sexo ($F(1, 93) = 6,776, p = 0,011$, $\text{partial } h^2 = 0,068$) e para presença de xerostomia ($F(1, 93) = 4,236, p = 0,042$, $\text{partial } h^2 = 0,044$), bem como para a interação entre estas duas variáveis ($F(1, 93) = 6,288, p = 0,014$, $\text{partial } h^2 = 0,063$). Para melhor compreender esses achados, foram realizadas análises subse-quentes (*post-hoc* de Bonferroni) (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparações múltiplas do Post-Hoc de Bonferroni entre os efeitos principais sexo, xerostomia e DM e o efeito de interação entre eles (n=101). Horizonte, Ceará, 2022

Efeitos principais comparados	Grupos		Diferença de média	Intervalo de confiança (95%)	
				Mínimo	Máximo
Sexo	Feminino	Masculino	-7,828**	-13,799	-1,856
Xerostomia	Sim	Não	-6,189**	-12,160	-0,217
DM	Sim	Não	-5,022 ^{n.s}	-10,994	0,949
Efeitos de Interação (DM*Sexo)	Grupos comparados		Diferença de média	Intervalo de confiança (95%)	
				Mínimo	Máximo
DM Sim	Feminino	Masculino	-14,550**	-23,418	-5,682
DM Não	Feminino	Masculino	-1,106 ^{n.s}	-9,105	6,894
Efeitos de Interação (Xerostomia*Sexo)					
Xerostomia Sim	Feminino	Masculino	-7,317 ^{n.s}	-17,268	2,635
Xerostomia Não	Feminino	Masculino	-8,339 ^{n.s}	-14,942	-1,735
Efeitos de Interação (Xerostomia*DM)					
Xerostomia Sim	DM Sim	DM Não	-0,983 ^{n.s}	-10,935	8,968
Xerostomia Não	DM Sim	DM Não	-9,061**	-15,665	-2,458
Efeitos de Interação (DM*Xerostomia*Sexo)					
		Feminino			
	Xerostomia				
		–	-3,788 ^{n.s}	-12,119	4,563
	Não				
DM Não		Masculino			
		Feminino			
	Xerostomia				
		–	1,567 ^{n.s}	-12,086	15,220
	Sim				
		Masculino			
		Feminino			
	Xerostomia				
		–	-12,900**	-23,140	-2,660
	Não				
DM Sim		Masculino			
	Xerostomia				
		Feminino			
	Sim	–	-16,200**	-30,681	-1,719
		Masculino			

n.s = não significativo; ** $p < 0,05$

Fonte: elaborada pelas autoras.

Os resultados demonstraram que mulheres apresentaram escores estatisticamente menores no WHOQOL-Bref do que os homens (8,33 pontos); bem como mulheres portadoras de DM, independente de terem ou não xerostomia, apresentam 16,2 e 12,9 pontos, respectivamente, nos escores de QV em relação aos homens. A ausência de xerostomia demonstrou ser fator preditivo para aumento na QV de ambos os sexos (acréscimo de 9,0 pontos).

Os resultados deste estudo evidenciam predominantemente o sexo feminino e baixo grau de escolaridade. Dantas (2019) justifica a predominância feminina devido à sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias em consequências de fatores de risco que assumem uma importância significativa como: fumo, álcool, acidentes de trabalho, homicídios e doenças cardiovasculares. Além disso, as mulheres tendem a buscar mais os serviços de saúde.

Estudos relatam que pessoas idosas com menor escolaridade são mais frágeis, têm mais risco de depressão e são mais edêntulas. Além disso, ter poucos anos de estudo constitui-se uma condição social desfavorável, já que influencia no acesso aos serviços de saúde, em oportunidades de participação social e na compreensão de seu tratamento e do seu autocuidado, sendo um fator limitante para a QV (MELO, 2016; Baniyadi *et al.*, 2021).

A SB e a saúde geral não devem ser consideradas separadas, pois muitas doenças crônicas e doenças bucais compartilham importantes fatores de risco, notadamente o tabaco, o consumo excessivo de álcool, alimentação rica em açúcares, obesidade e higiene pessoal insuficiente, sendo todos eles significativamente afetados por fatores socioeconômicos e ambientais. A amostra do estudo é composta majoritariamente por ex-fumantes. O uso do tabaco é um importante fator de risco para a saúde periodontal e um fator comportamental importante para a perda dentária, além de ser o determinante mais importante de câncer bucal (Oliveira, 2021).

A variável “diabetes mellitus” apresentou associação estatística significativa com os domínios do WHOQOL-Bref. Pacientes diabéticos possuem menor QV, tanto no âmbito físico como no emocional, quando comparados com indivíduos que não possuem a

doença, o que se deve, principalmente, à mudança do estilo de vida ocasionado pela doença (Ribeiro; Ribeiro; Gomes, 2020; Tonetto *et al.*, 2019; Petersen; Ogawa, 2018).

A variável “xerostomia” também apresentou associação estatística significativa com os domínios do WHOQOL-Bref neste estudo. Em amostras populacionais de certos países, uma taxa de xerostomia em 30% foi relatada, corroborando com os achados do presente estudo (Oliveira *et al.*, 2021; Colaço *et al.*, 2020).

Em um estudo realizado com um grupo de pacientes com doenças neuromusculares, em que foram analisadas as dimensões do OHIP-14, percebeu-se que a xerostomia esteve associada a impactos na QV nas dimensões de inabilidade física e desconforto/inabilidade psicológica (Oliveira, 2021). Algumas doenças endócrinas, como a DM, encontram-se dentro da etiologia multifatorial da xerostomia, sendo este um problema com um grande significado não só para os doentes como também para os profissionais de saúde (Ferreira *et al.*, 2020).

Os achados podem ser observados à luz na literatura existente com a reflexão sobre a precariedade da condição de saúde oral da população idosa, em geral, resultante de um modelo de atenção à saúde excludente do grupo populacional idoso, pouco preventivo, centrado em práticas mutiladoras de elementos dentais, aliado a hábitos e comportamentos individuais, prejudiciais ao longo da vida (Baniyadi *et al.*, 2021).

O edentulismo é uma falha grave na assistência à saúde, denotando responsabilidade compartilhada entre o autocuidado deficiente e o sistema de saúde que tem sido incapaz de promover a manutenção da dentição minimamente funcional. Nota-se que os idosos não percebem como a perda dentária pode alterar sua saúde e interferir na sua QV, haja vista a deficiência de autopercepção da SB. Idosos, em geral, apresentam baixo impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) porque se adaptaram às dificuldades de sua condição bucal após muitos anos de vida (Rodrigues, 2019).

Nos países de baixa renda, o acesso aos serviços de SB não é abrangente e, portanto, os dentes são frequentemente extraídos em caso de dor ou desconforto. Porém, apesar de a perda dentária ser importante no impacto da QVRSB, o acesso aos serviços de SB é um indicador que apresenta maior prevalência de impacto na QV quando comparado à perda dentária (Bastos *et al.*, 2021).

O baixo impacto na QVRSB de fatores associados é relatado na literatura por meio da adaptabilidade dos indivíduos a situações ou eventos do seu cotidiano. A maioria dos idosos considera sua capacidade de mastigação e SB adequadas, mesmo quando necessitam de tratamento odontológico ou quando usam prótese dentária. O fator cultural pode ser levado em consideração, pois a perda dentária é considerada normal, desde que ocorra o processo natural de envelhecimento. Assim, vários idosos com condição bucal desfavorável podem não perceber o impacto na QVRSB (Santos; Campos; Flor, 2019).

A avaliação da QV por meio do Whoqol-bref mostrou uma média de escore mais alto para o domínio relações sociais. As relações sociais desempenham um papel imperativo, pois otimizam o suporte à saúde dos idosos. Idosos isolados têm o pior estado dentário e fazem uso infrequente de serviços de SB em comparação com idosos com redes fortes. A implicação das relações sociais está independentemente associada a diversos comportamentos relacionados à saúde, incluindo visitas ao cirurgião-dentista (Oliveira *et al.*, 2021).

De uma forma geral, pode-se argumentar que as pessoas que têm maior interação social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor contato social. No entanto, ressalta-se que a qualidade dos contatos sociais é mais importante do que a quantidade. Os dados destacados indicam que habilidades sociais estão diretamente ligadas a uma melhor QV (Rodrigues, 2019).

As limitações do estudo são decorrentes da estratégia de amostragem por conveniência, das perdas amostrais e das adversidades próprias do contexto pandêmico da covid-19, impossibilitando assim o alcance da amostra mínima requerida. A utilização

de um instrumento genérico de QV pode não avaliar aspectos mais específicos na terceira idade, e a avaliação autorreferida de morbidades pode não refletir de modo fidedigno os diagnósticos dos indivíduos avaliados.

Encaminhamentos para a Prática

- A percepção da QV e da satisfação com a saúde possui correlação com a condição oral na QV autopercebida;
- A ausência de problemas dentários e a autopercepção de saúde comparadas com antes da pandemia configuram-se como fatores associados à condição bucal relacionada à QV. Observou-se também que mulheres com DM, com ou sem xerostomia, possuem menores escores de QV;
- Sugere-se a implementação de programas de educação em saúde voltados para pessoas idosas, a fim de possibilitarem uma melhor percepção acerca do seu estado sanitário e maior inclusão desse grupo etário no sistema de saúde.

Referências

BANIASADI, K. *et al.* The Association of Oral Health Status and socio-economic determinants with Oral Health-Related Quality of Life among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hygiene*, v. 19, p. 153-165, 2021.

BASTOS, R. S. *et al.* Impactos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos em domicílio: estudo transversal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1899-1909, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel Coronavírus*. 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 dez. 2022.

CEARÁ. Secretaria da saúde. Boletim epidemiológico. *Doença pelo Coronavírus (covid-19) e outros vírus respiratórios*. n. 17, 21 jul. 2022.

COLAÇO, J. *et al.* Oral health-related quality of life and associated factors in the elderly: a population-based cross-sectional study. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. , p. 3901- 3912, 2020.

CORTES, G. F. P. *et al.* Razões e consequências das perdas dentárias em adultos e idosos no Brasil: metassíntese qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1413-1424, 2023.

DANTAS, L. R. de O. Impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica. *J Dent Pub H*, Salvador, v. 10, n. 1, 2019.

FERREIRA, A. K. A. *et al.* Alterações salivares, sintomas bucais e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pacientes com doenças neuromusculares. *Revista Cienc Salud*, v. 18, n. 1, p. 82-95, 2020.

FLECK, M. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-Bref. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

KREVE, S. *et al.* Autopercepção da saúde bucal de idosos. *Clin Lab Res Den*, São Paulo, p. 1-9, 2020.

MACHADO, A. C. B. *Concentração de cortisol salivar, saúde bucal e qualidade de vida de idosos*. 2018. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, São Paulo, 2018.

MARCHINI, L.; ETTINGER, R. L. COVID-19 and Geriatric Dentistry: What will be the new-normal? *Braz Dent Sci*, v. 23, n. 2: supp. 2, apr/jun 2020.

MELO, A. C. M. de A. *Saúde bucal autopercebida e fatores associados em idosos longevos*. 2016. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

OLIVEIRA, F. *Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis*. 2021. Dissertação (Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2021.

OLIVEIRA, T. F. S. *et al.* Saúde bucal de pessoas idosas domiciliadas acompanhadas na atenção primária: estudo transversal. *Rev. Bras. Geriat. Gerontol.*, v. 24, n. 5, e220038, 2021.

PETERSEN, E. P.; OGAWA, H. Promoting oral health and quality of life of older people – The need for public health action. *Oral health prev dent*, v. 16, n. 2, p. 11- 124, 2018.

RIBEIRO, L. M. A.; RIBEIRO, T. M. A.; GOMES, I. C. P. Qualidade de vida em pacientes diabéticos: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo saúde/Electronic Journal Collection health*, v. Sup., n. 58, e4126, 2020.

RODRIGUES, J. A. P. *O impacto da xerostomia na qualidade de vida de uma população de adultos dependentes e valorização da queixa por parte dos cuidadores formais*. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Universidade do Porto, 2019.

SANTOS, R. L. B.; CAMPOS, M. R.; FLOR, L. S. Fatores associados à qualidade de vida de brasileiros e diabéticos: evidências de um inquérito de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, p.1007-1020, 2019.

TONETTO, I. F. A *et al.* Quality of life of people with diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm*, 53:e03424, 2019.

YACTAYO-ALBURQUERQUE, M. T. *et al.* Impact of oral diseases on oral health- related quality of life: A systematic review

of studies conducted in Latin America and the Caribbean. *PLoS ONE*, v. 16, n. 6, e0252578, 2021.

YGNATIOS, N. T. M.; LIMA-COSTA, M. F.; TORRES, J. L. Food consumption is associated with frailty in edentulous older adults: evidence from the ELSI-Brazil study. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 7, p. 1891-1902, 2023.

Comportamento sexual de risco

um olhar na atenção primária à saúde

*Lorena Guimarães Oliveira
Andrea Gomes Linard*

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública não só no Brasil, mas em todo o mundo. Estão classificadas entre as infecções transmissíveis mais comuns, gerando impacto direto sobre a saúde das pessoas a nível reprodutivo e infantil, podendo gerar consequências como infertilidade e complicações na gestação e no parto, morte fetal e agravos na saúde da criança. As IST's estão entre as cinco principais causas de procura por serviço de saúde e podem provocar sérias complicações como infertilidade, aborto espontâneo, malformações congênitas e, se não tratadas, podem levar ao óbito (Görgen, 2018).

No conjunto das IST's, destaca-se a sífilis, que, apesar de contar com tratamento disponível desde o final da década de 1930 e da ausência de resistência do *Treponema pallidum* à penicilina, ainda representa um agravo de tendência epidêmica crescente,

principalmente nos países em desenvolvimento (Gaspar, 2020). A ocorrência da sífilis no Brasil é tão significativa que a doença se apresenta como uma das maiores preocupações para as autoridades sanitárias depois do HIV/AIDS (Guerra, 2021).

No período de janeiro de 2012 a junho de 2023, foram notificados no Sinan um total de 1.340.090 casos de sífilis adquirida, dos quais 50,0% ocorreram na região Sudeste; 22,3% no Sul; 14,2% no Nordeste; 7,2% no Centro-Oeste; e 6,3% no Norte (BRASIL, 2023).

No levantamento do Ministério da Saúde, destaca-se que, em 2022, foram notificados 213.129 casos no Brasil. Na distribuição por região: Sudeste 101.909 (47,8%); Sul 46.291 (21,7%); Nordeste 32.084 (15,0%); Norte 16.327 (7,7%); e Centro-Oeste 16.518 (7,8%) (Brasil, 2023).

O Brasil, assim como muitos países, apresenta uma reemergência da sífilis. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar as manifestações clínicas, conhecer os testes diagnósticos disponíveis, e, principalmente, saber interpretar o resultado do exame para diagnóstico e controle de tratamento (BRASIL, 2022).

A população adulta é um grupo crescente nos novos diagnósticos de IST, entre as quais está a sífilis, devido aos comportamentos sexuais de risco, como o não uso do preservativo nas relações sexuais, múltiplos parceiros, o início precoce das relações sexuais e o uso de substâncias psicoativas durante as relações (Gräf, 2020).

Contexto do estudo/metodologia

A partir da conjuntura epidemiológica da sífilis apresentada, direciona-se o olhar da pesquisa para o seguinte contexto: o comportamento sexual de risco (CSR) de pacientes atendidos por equipes da Atenção Primária vinculados a uma Unidade Básica de Saúde. Considera-se, portanto, a capilaridade de ações da Atenção Primária a Saúde, bem como a posição singular para operacionalizar os atributos propostos por Starfield (2002) longitudinal e coordenação do cuidado.

A longitudinalidade da atenção facilita o reconhecimento de determinados tipos de problemas pela equipe da ESF (Boska, 2017). Aglutina-se a coordenação do cuidado compreendida como atributo da continuidade da atenção à saúde e permite à equipe estar ciente das problemáticas que acometem a população do território. O enfermeiro, enquanto profissional integrante da equipe na APS, ocupa uma posição estratégica para realizar ações preventivas e executar testes rápidos com foco na comunicação em saúde e estímulo ao comportamento sexual sem riscos (Silva, 2021).

Verifica-se, na literatura, que o CSR tem sua abordagem relacionada a diferentes definições, dificultando comparações. Além disso, observa-se que alguns fatores tratados como características do comportamento sexual em outros estudos são abordados como parte do comportamento sexual de risco (Pereira, 2017). No contexto em tela, o CSR apresenta variáveis importantes para o manejo clínico qualificado no processo de trabalho da Equipes da Atenção Primária.

Até o momento, no Brasil, existe uma ausência de estudos que abordem o CSR das pessoas tratadas em decorrência de sífilis adquirida no lócus da ESF. Pesquisas de prevalência, conhecimentos e comportamentos sexuais relacionados à sífilis na população geral brasileira ainda são escassas (Silva, 2020). Verifica-se, portanto, uma predominância de estudos direcionados aos adolescentes, universitários, profissionais e Centro de Testagem e Aconselhamento.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar o comportamento sexual de risco de usuários após diagnóstico de sífilis adquirida.

Procedemos, na pesquisa, a um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Sandra Nogueira, em Fortaleza, no período de agosto a outubro de 2022.

Percurso metodológico

Os participantes do estudo foram usuários da UBS registrados no livro de ocorrência de testes rápidos durante a linha temporal do

período compreendido entre agosto de 2017 a fevereiro de 2022. A escolha do marco temporal considerou a implantação do tipo de registro na UBS, bem como o tempo de tratamento da sífilis.

Critérios de inclusão: usuários que aceitaram participar do estudo e localizados na busca ativa (telefone ou endereço). Critérios de exclusão: pessoas que não compareceram à UBS ou não estavam em sua residência para participar da coleta de dados.

A população de 131 pessoas registradas no livro de ocorrência foi contatada pelo ACS e pela enfermeira. Desse total, quarenta mudaram de endereço, 35 não atendiam o telefone ou não foram localizados em casa no momento da visita domiciliar, dois faleceram, doze não compareceram à UAPS para participar do estudo, enquanto 42 participaram presencialmente.

O instrumento para coleta de dados apresentava dados socio-demográficos e questões referentes ao comportamento sexual após o diagnóstico de sífilis. A aplicação do questionário ocorreu em sala reservada da UBS. Os dados quantitativos foram organizados em planilha e inseridos no programa estatístico para análise. A técnica de análise de conteúdo (Minayo, 2013) foi utilizada para as informações qualitativas. As falas dos participantes foram cognominadas com a letra E seguindo do número.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará e recebeu parecer de número 5.584.869.

Resultados e discussão

A UAPS Sandra Nogueira é responsável por atender aproximadamente 19 mil habitantes, possui cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), três equipes de Saúde Bucal (ESB) e uma Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (e-Multi). Às equipes ESF e ESB, estão vinculados respectivamente: cinco médicos; cinco enfermeiros; cinco técnicos de enfermagem; 22 agentes comunitários de saúde; três dentistas; e dois técnicos em saúde bucal.

Por outro lado, a equipe e-Multi apresenta em sua composição: dois terapeutas ocupacionais; um fisioterapeuta; um educador físico; um psicólogo; um assistente social; um dermatologista; e um veterinário. Adicionalmente, as Upas dispõem de um gerente de serviços de saúde; um agente de endemias; um assistente administrativo; um porteiro; e um faxineiro. O município de Fortaleza apresenta uma cobertura da Estratégia Saúde da Família da ordem de 100% e de agentes comunitários de saúde de 43,53%.

Na Tabela 1, dos 42 participantes do estudo, observou-se predomínio do sexo feminino (64%); heterossexual (76,1%); identidade de gênero cisgênero (95,2%); sem conhecimento da classificação da sífilis (61,9%); faixa etária acima de 24 anos (76,1%); ensino fundamental (47,1%); cor parda (76,1%); solteiro (69%); e empregadas (53,7%). Em relação ao tratamento da sífilis adquirida, 95,23% realizaram na Upas, e apenas 4,7% não trataram a doença motivados por dificuldade em adesão.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo sexo biológico (N=42), Fortaleza, CE, Brasil, 2022

Variáveis	F N(%)	M N(%)	Total N(%)
Orientação Sexual			
Bissexual	02 (4,7)	03 (7,1)	05 (11,9)
Heterossexual	25 (59,5)	07 (16,6)	32(76,1)
Homossexual	00	04 (9,5)	04 (9,5)
Pansexual	00	01(2,3)	01 (2,3)
Identidade de gênero			
Homem Transgênero	00	02 (4,7)	02 (4,7)
Cisgênero	26 (61,9)	14 (33,3)	40 (95,2)
Conhecimento sobre a classificação da sífilis			
Primária	04 (9,5)	05 (11,9)	09 (21,4)
Secundária	03 (7,1)	01 (2,3)	04 (9,5)
Latente	02 (4,7)	01 (2,3)	03 (7,1)
Não sabe	17 (40,4)	09 (21,4)	26 (61,9)

Variáveis	F N(%)	M N(%)	Total N(%)
Faixa etária (anos)			
<24	07 (16,6)	03 (7,1)	10 (23,8)
25 a 34	10 (23,8)	02 (4,7)	12 (28,5)
35 a 44	06 (14,2)	04 (9,5)	10 (23,8)
>45	03 (7,1)	07 (16,6)	10 (23,8)
Escolaridade			
Analfabeto	00	02 (4,7)	02(4,7)
Ensino Fundamental	14 (33,3)	06 (14,2)	20(47,6)
Ensino Médio	11 (26,1)	07 (16,6)	18(42,8)
Superior ou Superior incompleto	01 (2,3)	01 (2,3)	02 (4,7)
Cor/raça			
Amarela	00	02 (4,7)	02 (4,7)
Parda	22 (52,3)	10 (23,8)	32 (76,1)
Branca	04 (9,5)	02 (4,7)	06(14,2)
Preta	01 (2,3)	01 (2,3)	02 (4,7)
Estado civil			
Solteiro	19 (45,2)	10 (23,8)	29 (69)
Casado	06 (14,2)	03 (7,1)	09 (21,4)
Divorciado ou viúvo	01 (2,3)	03 (7,1)	04 (9,5)
Ocupação			
Desempregado	15 (35,7)	04 (9,5)	19 (45,2)
Servente	01 (2,3)	01 (2,3)	02 (4,7)
Atendente	02 (4,7)	01 (2,3)	03 (7,1)
Manicure ou copeiro	04 (9,5)	00	04 (9,5)
Outros	05 (11,9)	09 (21,4)	14 (33,3)

Fonte: elaborada pelas autoras.

Em relação ao comportamento sexual dos respondentes na Tabela 2, identifica-se que metade iniciou a vida sexual na faixa etária entre 10 a 14 anos, 80,9% mantêm relações sexuais no momento; 73,8% respondentes mantêm relações sexuais com uma única parceria; e a maioria informa parcerias estáveis.

Tabela 2 – Comportamento sexual dos respondentes do estudo, Fortaleza, CE, Brasil, 2022

Variáveis	N	%
Idade da primeira relação (anos)		
<10	01	2,3
10 a14	21	50
15 a 20	20	47,6
>20	00	00
Mantém relações sexuais nomomento		
Sim	34	81
Não	08	19
Parcerias no momento		
1	31	73,8
2 a 5	04	9,5
Nenhum	07	16,6
Parceria com que se relaciona		
Estável	30	71,4
Eventual	12	28,6

Fonte: elaborada pelas autoras.

Conforme Tabela 3, no tocante ao comportamento sexual de risco, 52,3% respondentes com mais de dez parcerias durante a vida informaram não usar o preservativo. A relação sexual sob efeito do álcool ou drogas é conduta adotada (sempre e às vezes), respectivamente, por 47,6% e 26,1% participantes.

Tabela 3 – Comportamento sexual e o uso do preservativo, Fortaleza, CE, Brasil, 2022

Variáveis	Sim N (%)	Não N (%)	Total N (%)	*p-valor
Parcerias durante a vida				
2 a 3	00	02(4,7)	02(4,7)	0,382
4 a 6	00	07(16,6)	07(16,6)	
6 a 10	02(4,7)	04(9,5)	06(14,2)	
>10	05(11,9)	22(52,3)	27(64,2)	
Relação sexual sob efeito do álcool				
Sempre	02(4,7)	07(16,6)	09(21,4)	0,834
Nunca	03(7,1)	19(45,2)	22(52,3)	
Às vezes	02(4,7)	09(21,4)	11(26,1)	
Relação sexual sob efeito de drogas				
Sempre	02(4,7)	03(7,1)	05(11,9)	0,205
Nunca	05(11,9)	26(61,9)	31(73,8)	
Às vezes	00	06(14,2)	06(14,2)	

Fonte: elaborada pelas autoras.

*p < 0,05

No que tange às argumentações apresentadas para não fazer uso do preservativo nas relações sexuais, os respondentes expressaram:

Porque o meu parceiro não quer, aí eu não faço uso (E1).

Porque o meu parceiro não gosta, não sente prazer quando usa (E3).

Meu marido acha que não sente prazer com preservativo (E6).

Porque não quero fazer o uso (E4).

Porque é ruim (E5).

Esqueço e não gosto. Uso quando a pessoa é desconhecida (E7).

Porque é até difícil de fazer alguma coisa. Nem eu o traio e nem ele me trai (E11).

Confiança. Só tenho relação com algumas parceiras (E13).

Porque como eu tenho namorado eu não costumo usar. Meu namorado é de confiança mesmo (E20).

Não uso com companheira, apenas com outras mulheres (E21).
Dependendo da parceira, se a pessoa trabalhava, vivia com outras pessoas ou morava na rua (E31).
Paro de usar quando eu já tiver mais de uma relação sexual com a pessoa (E32).
Me sentia segura, penso que meu parceiro não fica com ninguém (E39).
Porque não tenho preservativo (E12).
Uso quando eu tenho, quando eu não tenho, eu não uso (E22).
Não uso, porque as vezes eu nem tenho (E36).

Nas falas, identifica-se a presença de aspectos relacionados a atender o parceiro, não gostar de usar, confiança e a falta do preservativo.

Na Tabela 1, observa-se que, quanto menor a escolaridade e a renda, maiores são as condições de vulnerabilidades. Além disso, identificou-se a presença de sífilis nos segmentos de pessoas atendidas na Atenção Primária. Nesse cenário, a falta de conhecimento sobre as doenças, bem como as formas de prevenção e tratamento, encontram espaço.

A pesquisa no Sistema de Informação de Agravos de Notificação realizada por Pereira *et al.* (2022), em Juiz de Fora, apresentou 806 notificações de sífilis adquirida. Foi verificada uma elevada proporção de infectados com baixa escolaridade, sendo que a maioria dos respondentes (44,54%) possuíam apenas o Ensino Fundamental, corroborando os dados da pesquisa em tela.

No período de 2012 a 2022, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023), a maior parte dos casos notificados concentrou-se no sexo masculino (60,7%) e nas faixas etárias de 20 a 29 anos (36,0%) e 30 a 39 anos (22,4%). Em contrapartida, a Tabela 1 diverge em parte do referido perfil por apontar maior número de casos de sífilis em pessoas do sexo feminino.

A pesquisa de Macêdo (2017), realizada em Recife, sobre os fatores sociodemográficos, a pouca escolaridade, baixa renda e situação conjugal (união estável ou não estável) são apontadas como situações de risco e uma expressão de que a sífilis se relaciona com

a pobreza. Embora não se limite a ela, aspectos similares aos dados dos participantes do estudo que são atendidos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde com quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Apesar dos esforços para o aumento da cobertura da ESF e redução das taxas de infecções de sífilis, o Nordeste apresenta grandes desafios, tendo em vista que seus números permanecem além do desejado. Tal cenário tem influência de vários aspectos que perpetuam não apenas a manutenção das altas taxas de sífilis, como também de outras IST's e englobam desde as fragilidades sociais até problemas relacionados à gerência de recursos investidos em saúde e falta de investimentos em educação profissional continuada, dificultando o manejo de tais doenças (Machado, 2021).

Na Tabela 2, a iniciação sexual precoce dos participantes do estudo coaduna com a pesquisa realizada por Castro *et al.* (2016) com 1.448 graduandos, a qual identificou que 52,8% dos alunos iniciaram a atividade sexual entre os 16 e 18 anos e 11,6% deles, entre 13 e 15 anos. Até 18 anos, 65,3% dos homens e 65,8% das mulheres haviam iniciado a atividade sexual. A referida conjuntura comportamental propicia uma exposição precoce às IST, principalmente quando existem lacunas no conhecimento sobre o tema.

A pesquisa identificou 31 respondentes com uma única parceria no momento. Esses resultados demonstraram correlação com o estudo realizado por Görden (2021) em Passo Fundo, segundo o qual 983 pessoas responderam possuir um único parceiro. Essa associação foi significativa em relação à autopercepção do comportamento sexual como sendo sem risco ($p < 0,001$).

Entre os participantes do estudo descritos na Tabela 2, identificamos 22 pessoas com mais de dez parceiros ao longo da vida e que mantinham o comportamento de não fazerem uso do preservativo durante a relação sexual. Tal conduta os torna propensos ao comportamento sexual de risco. Ribeiro e Jacociunas (2016) no estudo referente à coinfeção sífilis/HIV evidenciaram que a sífilis é um importante indicador para comportamentos sexuais de risco associados à transmissão do HIV.

Comportamentos sexuais de alto risco incluem ter múltiplos parceiros. Várias circunstâncias podem dificultar o acordo para o uso do preservativo, mesmo entre parceiros esclarecidos a respeito de sua capacidade de prevenir IST (Barbosa, 2019).

Na Tabela 3, apesar do comportamento sexual de risco não ter apresentado associação estatística com o não uso do preservativo, acredita-se que o consumo do álcool e drogas, bem como muitos parceiros ao longo da vida, são fatores determinantes para a reincidência da sífilis. Conforme Boska *et al.* (2017), o consumo de drogas, em geral, reflete, de forma preponderante, no comportamento sexual de risco. O quadro configura-se na troca de sexo por droga ou dinheiro, ausência de proteção no sexo e múltiplas parcerias.

Para corroborar, Sales *et al.* (2016) conduziram uma pesquisa com 946 universitários da área de saúde, a qual apontou a relação entre comportamento de risco e conhecimento sobre IST e demonstrou que, apesar de conhecerem as doenças às quais todos estão vulneráveis, os universitários não praticam ações preventivas.

Um dos fatores de risco é o consumo de álcool e/ou drogas antes das relações sexuais, pois essas substâncias provocam aumento da libido sexual e diminuição do poder de raciocínio.

Quanto às falas dos respondentes, a confiança no parceiro e o desejo de atender um pedido foram apontados como argumentos para não fazer uso do preservativo durante a relação sexual com uma pessoa conhecida, sinalizando um comportamento que poderá trazer riscos para a saúde. A pesquisa de Nascimento *et al.* (2017), desenvolvida no Rio Grande do Norte, com 3.482 indivíduos a respeito da adesão ao preservativo masculino, revelou que 82,2% respondentes afirmaram não ter feito uso na última relação, sendo que, para 41%, a motivação foi conhecer o parceiro. A confiança é entendida, para algumas pessoas, como variável de segurança induzindo a comportamentos de risco.

Destaca-se, como uma das limitações do estudo, o fato de não ter sido investigado que medidas estratégicas direcionadas às reduções dos casos de reinfeção estão sendo adotadas. Além disso, não foi objeto desta pesquisa analisar como a efetividade de tais medidas

está sendo avaliada no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza.

Encaminhamentos para a prática

1. É salutar reavaliar as ações de prevenção, a cobertura do diagnóstico da sífilis tratamento na Atenção Primária à Saúde direcionadas e, nesse contexto, envolver o Agente Comunitário de Saúde e os internos dos cursos de graduação de Enfermagem e Medicina no processo de educação na saúde para o tema comportamento sexual de risco;

2. Reavaliar o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família em relação a perdas de acompanhamentos dos usuários em diferentes momentos (entre a infecção e a cura);

3. Identificar os casos mais graves e realizar busca ativa com o apoio do Agente Comunitário de Saúde;

4. Pactuar na UBS um dia na semana para as atividades educativas com foco no aconselhamento para o teste rápido e na adesão à terapia.

Referências

BARBOSA K. F. *et al.* Fatores associados ao não uso de preservativo e prevalência de HIV, hepatites virais B e C e sífilis: estudo transversal em comunidades rurais de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 2014 e 2016. *Epidemiol Serv Saúde*. Brasília, v. 28, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200023>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BOSKA, G. de A. *et al.* Vulnerabilidade para o comportamento sexual de risco em usuários de álcool e outras drogas. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. São Paulo, v. 13, n. 4, p. 189-195, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i4p189-195>. Acesso em: 07 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Sífilis 2023*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2023. 56p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 251p. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 20 abr. 2024.

CASTRO, E. L. de. *et al.* O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1975-1984, 2016. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/436421>. Acesso em: 30 nov. 2023.

GASPAR, P. C. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 30, n. spe1, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100006.esp1>. Acesso em: 10 abr. 2024.

GÖRGEN, A. L. H. *Comportamento sexual de risco e fatores associados em adultos e idosos da atenção primária da cidade de Passo Fundo*. 2019. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4065>. Acesso em: 8 fev. 2024.

GRÄF, D. D. *et al.* Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, n. 01, p.1-13, 2020. Disponível em: <https://>

www.scielo.br/j/rsp/a/WkRVZRqRqy438XxmvTcrznx/?lang=en#. Acesso em: 20 abr. 2024.

GUERRA J. V. V. *et al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres: revisão integrativa. *Rev APS. Juiz de Fora*, v. 24, n. 3, p. 628-50, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16882>. Acesso em: 11 abr. 2024.

MACÊDO, V. C. de. *et al.* Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, v. 51, p. 51-78, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007066>. Acesso em: 20 nov. 2023.

MACHADO M. *et al.* Relación entre los casos de sífilis y la estrategia de salud de familia en el noreste del Brasil. *Enf Global*. Murcia, v. 20 n. 1, p. 305-340, 2021. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/436421>. Acesso em: 30 Nov 2023.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NASCIMENTO, E. G. C. do *et al.* Adhesión al uso del condón: Comportamiento real en el noreste de Brasil. *Rev. Salud Pública*, Bogotá, v. 19, n. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642017000100039&lng=pt&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 21 mar. 2023.

PEREIRA A. L. *et al.* Impacto da escolaridade na transmissão do HIV e da Sífilis. *Rev. Interdisciplinar Ciências Médicas*. Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 19-23, 2022. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/index.php/RICM/article/view/139/134>. Acesso em: 20 nov. 2022.

PEREIRA, T. G. *et al.* Análise do comportamento sexual de risco à infecção pelo HIV em adultos da população em geral. *Psico*, Porto Alegre, v. 47, n. 4, p.249–258,2016. Disponível em: <https://>

revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/23703. Acesso em: 30 abr. 2024.

RIBEIRO, A. T. B.; JACOCIUNAS, L. V. A. Coinfecção Sífilis/HIV e sua importância no rastreamento sorológico em bancos de sangue. *Clin Biomed Res*. Porto Alegre, v. 36, n. 2, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/63878>. Acesso em: 8 fev. 2024.

SALES, W. B. *et al.* Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. *Rev. de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. 4, n. 10, p.1 9-27, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388247711002>. Acesso em: 11 mar. 2023.

SILVA, P. A. G. da. *et al.* Atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis adquirida na Atenção Primária. In: MARTINHO, N. J. *et al.* (org.). *Ciências da saúde: aprendizados, ensino e pesquisa no cenário contemporâneo*. Campina Grande: Editora AMPLLA. 2021. p. 108-117. cap. 9. Disponível em: <https://ampllaeditora.com.br/books/2021/06/eBook-Ciencias-da-Saude- Vol-2.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2024.

SILVA T. D. A. *et al.* Comportamento sexual e ocorrência de sífilis em estudantes universitários da área da saúde. *Rev Enferm Contemp*. Salvador, v. 9, n. 1, p. 24-32, 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2530>. Acesso em: 30 abr. 2024.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 7 ago. 2024.

A territorialização em saúde como um potencial de intervenção junto à população com dor crônica musculoesquelética assistida em unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza-CE

*Fabiola Maria Sabino Meireles
Keyla Rejane Frutuoso de Moraes
Bernardo Diniz Coutinho
Renata de Sousa Alves
Patrícia Moreira Costa Collares*

Introdução

Uma das estratégias discutidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é a territorialização, cujo intuito é justamente evidenciar o meio de articulação na saúde pública com a população para avaliar sua forma de vida (SILVA *et al.*, 2020). A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) enuncia a territorialização como tendo seus conceitos e princípios descritos dentro do contexto do

sistema de saúde, onde os municípios são diretamente responsáveis pelo atendimento efetivo das carências e demandas de saúde da população.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) envolve reorientar a prática da territorialização, assumindo a execução das ações no campo específico baseada no levantamento de necessidades e demandas locais (Silva *et al.*, 2021). Dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), a territorialização desempenha seu papel: além de identificar os diversos problemas de saúde por meio da aproximação da ESF com os usuários, facilita o conhecimento da história e cultura da população.

A territorialização tem-se mostrado uma ferramenta essencial no planejamento, programação e desenvolvimento das intervenções de saúde dentro da PNAB, a fim de diagnosticar os mais diversos problemas de saúde da comunidade de um território. Os profissionais da ESF, necessariamente, deverão agir no sistema de territorialização e mapeamento das áreas de execução da equipe para identificação de grupos, famílias e usuários em situação de risco e vulnerabilidade (Silva *et al.*, 2019).

A APS tem, entre suas atribuições, ser o primeiro acesso do usuário ao sistema público de saúde e se baseia no apoio individual e populacional. Isso inclui ações para promover, prevenir e reabilitar a saúde dos sujeitos de forma integral. A equipe multiprofissional é responsável pelos serviços que buscam os princípios da integralidade, acessibilidade, universalidade, equidade e continuidade do cuidado, construindo vínculos com a população e alcançando as pessoas por meio do delineamento de áreas de foco sobre os cuidados da equipe de saúde sanitária (Burity, 2021).

A territorialização também pode ajudar na gestão, assim como na identificação e execução das melhores intervenções a partir da realidade local. Ela envolve o processo de análise do território geoespacial em todas as dimensões para obter uma maior visão de seu contexto e das necessidades de acordo com cada realidade. Não sendo somente a análise dos limites geográficos, ela

entende a real necessidade da população que habita naquele território para executar suas ações de acordo com as diretrizes da APS (Pereira, *et al.*, 2020). Esta se aplica desde a marcação de área de atuação, a organização do fluxo de trabalho, das ações de saúde, até o meio de avaliação da condição de moradia e saúde da comunidade. Objetivando, assim, deliberar acerca da carência da população territorial e executar as atividades de acordo com a necessidade levantada (Maciel *et al.*, 2020).

Essa abordagem requer a compreensão do território e o seu funcionamento para uma posterior divisão que leve em consideração todas as características únicas dos grupos inseridos. Dessa forma, a territorialização pode ser utilizada para estudar as necessidades da comunidade inserida na rede básica de saúde, bem como para definir o campo de atuação de cada unidade de atenção primária à saúde (UAPS) (Silva *et al.*, 2020).

Entre as demandas procuradas pelo usuário na Atenção Básica, está o grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principal motivo das procuras pelo profissional fisioterapeuta, que, por sua vez, passou a exercer atendimento na Atenção Básica, atuando em programas de saúde pública a fim de atingir a integralidade que busca a assistência completa ao usuário, voltando sua atenção para a prevenção e promoção da saúde, contribuindo com a melhoria da Qualidade de vida (QV) da população. Ressalta-se que a Fisioterapia tem competência de atuação em todos os níveis de atenção à saúde (Gama, 2010; Leal; Oliveira; Barbosa, 2021; Maia *et al.*, 2015).

Apontada como um problema de saúde pública, a dor crônica, advinda de problemas relacionados a patologias crônicas acarreta gastos elevados ao poder público, além de ocasionar sofrimento para o indivíduo por afetar a saúde física e mental, o que muitas vezes o torna incapacitado para atividades de vida diária. O SUS deve abranger ações na atenção básica com estratégias educativas, a fim de reduzir os gastos públicos e o resultado negativo que afeta a QV e, conseqüentemente, a funcionalidade da população (Camargo Neto, 2010, Bartz, Bueno, Vieira, 2015).

Estudos recentes apontam que a Dor Crônica Musculoesquelética (DCM) é uma das maiores demandas por consultas médicas na atenção primária à saúde, com um percentual de 14,5% a 15,7%. Uma pesquisa contendo 21 revisões mostrou melhora na funcionalidade quando trabalhado por meio de uma abordagem multidisciplinar envolvendo fisioterapia, exercícios, práticas complementares e integrativas (Cohen; Vase; Hooten, 2021; Fayão, *et al.*, 2019).

Diante disso, faz-se importante que a equipe de profissionais do nível primário seja cada vez mais capacitada para identificar os sinais e sintomas e para criar estratégias de resolução baseadas em evidências científicas no tratamento dessas patologias. A intervenção como tratamento na DCM em uma unidade de atenção primária à saúde, deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar com atividade física, exercícios de equilíbrio, flexibilidade, exercícios aeróbicos e fortalecimento muscular, para prevenção de agravos e recorrências de acordo com a necessidade de cada usuário (Camargo Neto, 2010; Cohen; Vase; Hooten, 2021).

Contexto do estudo

Diante dos problemas de DCM da população que busca espontaneamente o atendimento da Fisioterapia e com base no diagnóstico situacional da Unidade de Atenção Primária à Saúde Dr. Roberto da Silva Bruno, este estudo traz a proposta de diagnóstico situacional da relação entre a pandemia e as dores crônicas musculoesqueléticas na população adscrita. De acordo com o diagnóstico proposto para essa unidade, esse modelo poderá ser expandido para outras Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza/CE.

A ideia que perpassa este projeto é a implementação de um modelo de avaliação e referenciamento de usuários da Unidade de Atenção Primária à Saúde Dr. Roberto da Silva Bruno, para uma rede de serviços que podem envolver desde ações educativas, orientações posturais e intervenção coletiva e/ou individual, caso seja detectada a necessidade. Este modelo de atenção à DCM visa suprir a

demanda populacional que busca a atenção primária com quadro de síndrome gripal e queixa de DCM e gerar impacto na funcionalidade e QV dessa população.

Diante do exposto, a pesquisa tem por objetivo: descrever, por meio do georreferenciamento, a distribuição espacial dos sujeitos com dor crônica musculoesquelética em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza/CE.

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter quantitativo aplicada a indivíduos da sala de espera com queixas de síndrome gripal, para investigação da relação desta com DCM e QV, durante a pandemia.

A pesquisa foi realizada no período de maio a julho de 2022, na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Fortaleza-CE. Essa UAPS faz parte da Regional IV e possui, em seu quadro profissional, quatro equipes da ESF, com quatro médicos; quatro enfermeiras; quatro técnicas de enfermagem; três dentistas; duas assistentes de saúde bucal; uma técnica de saúde bucal; e treze agentes comunitários de saúde. A unidade também é sede do Nasf. Administrativamente, a área da unidade *locus* dessa pesquisa é subdividida em treze microáreas cobertas e uma microárea descoberta, sendo equipes: 428 (Aeroporto e Fátima), 429 (Aeroporto e Vila União), 435 (Fátima) e 446 (Parreão) (Fortaleza, 2022).

De acordo com o Atesto Municipal de Funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde, obtido por meio do prontuário eletrônico FastMedic, a UAPS atende uma população, segundo o IBGE, de 39.502 habitantes, com população cadastrada no FastMedic de 11.626 (Fortaleza, 2022).

Fizeram parte da amostra os indivíduos, com idade igual ou superior a dezoito anos, em sala de espera para atendimento na UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno, que tinham apresentado síndrome gripal no período da pandemia (março de 2020 a julho de 2022) e que possuíam queixas de dor crônica musculoesquelética. Segundo dados cedidos pela Regional IV, por meio do FastMedic, a média mensal de pacientes atendidos por síndrome gripal acima de dezoito anos em 2021 foi de 146 pessoas.

Do total de 288 usuários (Figura 1) abordados em sala de espera, 106 entraram para a pesquisa por apresentar queixa de síndrome gripal e dor crônica musculoesquelética no período referido. Não atendiam aos critérios de inclusão 165 usuários, sendo 139 que não apresentavam DCM e síndrome gripal; doze que não pertenciam à área de cobertura da unidade em estudo; dois com DCM e idade inferior a dezoito anos; e doze com dor aguda (duração inferior a três meses). Houve uma recusa de quatro e uma perda de treze sujeitos por motivos diversos.

Os dados coletados foram tabulados no Excel 2013 e analisados descritivamente por meio de correlações estatísticas não paramétricas pelo *Software Statistical Package For Social Sciences* (SPSS) versão 17. Após a organização dos dados nessa planilha, foi feito o georreferenciamento no *Google Maps*.

Para melhor ilustração da distribuição espacial dos mapas, a Célula de Vigilância Epidemiológica (Cevapi) utilizou um *software* livre de geoprocessamento QGIS, com acesso de código aberto, sendo um Sistema de Informação Geográfica livre. O acesso à interface é de fácil entendimento, facilitando a interação com o usuário.

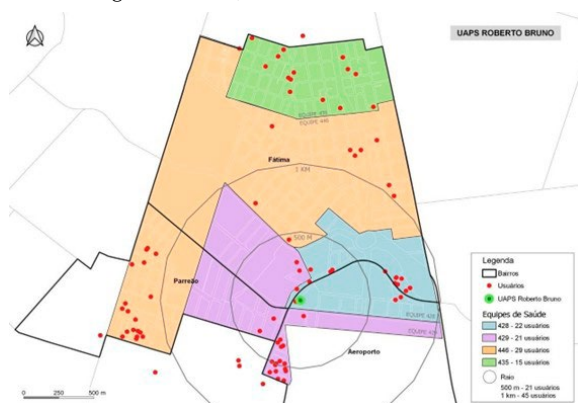
Esta pesquisa seguiu os princípios éticos de investigação científica envolvendo seres humanos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Respeitou os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) em 06/05/2022, com o parecer nº 5.392.905. A coleta de dados deu-se início somente após aprovação do CEP.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 106 usuários que estavam na sala de espera da UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno. A maioria era do sexo feminino, 95 (89,62%), com idade mínima de dezoito anos, máxima de 85 anos; média de 51,04; e desvio padrão 13,611. Ser solteiro (a) 57 (53,77%) foi o estado civil predominante entre a população

pesquisada. Destes, 45 (46,39%) moram no bairro de Fátima. Vale ressaltar que possíveis inconsistências no quantitativo de bairros *versus* microáreas deveu-se ao relato do usuário, no reconhecimento do bairro para o seu respectivo endereço. O mapa abaixo (Figura 1), ilustra a distribuição geográfica dos sujeitos da pesquisa assistidos na UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno.

Figura 1 – Distribuição territorial dos participantes do estudo, segundo o QGIS



Fonte: dados da pesquisa.

A presente pesquisa aponta que a maioria dos pacientes com DCM é do sexo feminino; acima dos cinquenta anos e com renda familiar média de pouco mais de um salário mínimo e meio da época. De forma similar, em um estudo que envolveu pacientes com DC de uma UAPS localizada na cidade de Guarulhos, no estado de São Paulo, observou-se a prevalência de sexo feminino, maioria dos sujeitos com média de cinquenta anos, ganhando até quatro salários mínimos (Donísio, Salermo, Padilha, 2020). Evidencia-se que, mesmo em estados de distintas regiões, a DC tem as mesmas características nos sujeitos pesquisados.

Destaca-se que o recorte escolhido a partir do programa QGIS demonstra apenas um recorte do mapa, para uma melhor visualização dos resultados (Figura 1). Uma vez que, de uma amostra com 106

pacientes, 91 sujeitos foram encontrados dentro dos bairros (Fátima, Parreão e Aeroporto) e quinze estão localizados completamente fora da área de cobertura da UAPS Roberto Bruno, mas, ainda assim, têm vínculo terapêutico com a unidade. Vale ressaltar que somente parte dos bairros Parreão e Aeroporto estão dentro do território da UAPS. Com isso, 87 sujeitos estão dentro dos bairros e cobertos pelas equipes, e quatro sujeitos estão fora da área de cobertura.

De forma complementar, a Figura 1 enfatiza a distribuição espacial a partir de um raio de 500 metros e 1 quilômetro de distância para a UAPS do estudo. Percebe-se uma distribuição heterogênea dos sujeitos pelo território com algumas áreas de maior densidade populacional. É necessário observar esse aspecto na avaliação do meio ambiente e do acesso ao serviço de saúde.

A condição de moradia é própria para 63 (59,43%) sujeitos; 27 (25,47%) deles responderam ser a quantidade de pessoas predominante de três na residência, com a quantidade de um a três filhos, 74 (69,81%). Entre os sujeitos que informaram ter apenas uma pessoa que trabalha ou possui uma renda no domicílio, o quantitativo foi de 49 (46,23%).

É importante destacar que a territorialização é um método pelo qual se pode entender o convívio populacional nos níveis social, cultural e econômico, com a finalidade de construir dados confiáveis que demonstrem a verdadeira existência social e de saúde de determinada área. Para melhor efetividade na territorialização, é fundamental que se defina a área de prestação de serviços e se examine o local, a população e a atividade social. Só assim será possível definir as ligações com determinados serviços e com centros de referência em saúde (Silva *et al.*, 2020).

Para melhor desempenho das ações em um território, é importante que a ESF, antes mesmo de executá-las, conheça o espaço e planeje as atividades de acordo com a necessidade do local. Para tanto, é importante ressaltar que a área é o local de execução das ações da UAPS, constituída por microáreas que contemplam uma população de 2.400 a 4.000 indivíduos. Toda microárea é formada por, no máximo, 750 pessoas, tendo função atuante o Agente Comunitário de Saúde (Maciel *et al.*, 2020).

Assim, faz-se necessário compreender um pouco melhor os sujeitos da pesquisa no enfrentamento da dor crônica musculoesquelética durante a pandemia do covid-19, durante um momento de escuta. Os registros abaixo compuseram o diário de campo da pesquisadora.

De modo positivo, os entrevistados afirmaram coletivamente ter sido bom, satisfatório, produtivo, reflexivo e muito construtivo, o momento da coleta de dados, no qual eles puderam socializar suas experiências. Com o intuito de melhor ilustrar o depoimento dos sujeitos foi elaborada uma nuvem de palavras (Figura 2) que expressa a importância desse momento para as pessoas pesquisadas.

Figura 2 – Nuvem de palavras acerca da entrevista com os sujeitos da pesquisa



Fonte: dados da pesquisa editado no <https://www.wordclouds.com/>.

De forma complementar, seguem algumas falas ilustrativas, para corroborar com a construção da nuvem de palavras:

Muito bom porque ativa a memória e porque contribui para a sociedade.

Uma boa avaliação, perguntas pertinentes.

Avalia questões quanto à saúde mental.

Muito bom, bem profundo. Consegue abordar o psicológico, o físico.

Algumas perguntas, as respostas são complexas.

Bastante importante porque despertou a ideia de tirar um tempo para se conhecer melhor.

No recorte das falas, percebe-se a importância atribuída pelas pessoas com dor crônica a essa escuta qualificada, elas se permitiram refletir sobre o momento vivido e sua condição de saúde. De forma adicional, há a percepção do papel deles enquanto sujeitos da pesquisa, a qualidade e clareza das questões aplicadas, bem como sua diversidade. Tal componente fortalece a qualidade dos dados aqui apresentados.

Cerca de 40% da população pode, em determinado momento da vida, apresentar dor musculoesquelética. Diante desse desafio, a equipe de profissionais deve estar preparada para atender essa demanda nos três níveis de atenção à saúde, e, entre eles, o nível primário tem maior capacidade resolutiva, no manejo dessa condição de saúde. A dor musculoesquelética foi apontada como uma das causas mais frequentes para o encaminhamento para o nível secundário, principalmente de indivíduos adultos (que correspondem a 39%), o que acarreta problema de saúde pública, por causar dano físico e mental, assim como prejuízo na economia pública (PONTIN *et al.*, 2021).

Diante da fragilidade, da dor e da dificuldade de realizar tratamento fisioterapêutico, os pacientes foram orientados pela entrevistadora para que, no momento da consulta médica, solicitassem ao profissional o encaminhamento para uma rede especializada do município e, ao sair do consultório, procurassem o Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) da UAPS Roberto Bruno, para colocar o encaminhamento na fila de espera da regulação.

No Brasil, a APS é o primeiro contato do usuário que procura o serviço público, a fim de buscar solução para os mais variados problemas de saúde. Na APS, a ESF atua a fim de proporcionar ao

paciente da área de territorialização, um cuidado integral à saúde, considerando sua singularidade e inserção sociocultural, por meio de equipes multiprofissionais.

Ações contemplativas de promoção, prevenção, reabilitação de caráter individual e coletivo são essenciais para a saúde da população com a intenção de minimizar agravos causados pelas patologias. Também buscam reduzir uma maior demanda para a atenção secundária e assim diminuir maiores impactos negativos na saúde pública (Ramos *et al.*, 2018).

Para melhor ilustrar a realidade vivenciada pelos pacientes na Rede de Atenção à Saúde, temos o seguinte depoimento: “Tem dias que choro com dor, sei que preciso de exercício, sei que não posso ficar sedentário, mas não tenho condições de pagar” (sujeito da pesquisa, material extraído do diário de campo).

Em determinados momentos, foi necessário dar uma pausa na entrevista, ter um olhar de sensibilidade e acolhimento ao conversar com o(a) paciente. O diálogo destinou-se a uma palavra de conforto, visando à importância de oferecer uma escuta especializada, para o alívio do quadro algico.

A atuação do fisioterapeuta na APS, além da promoção e prevenção, que se utiliza da educação em saúde, reside na priorização da assistência individual e da comunidade. Além disso, visa fortalecer o vínculo entre o indivíduo e a equipe multidisciplinar, como também realizar a reabilitação, por meio da atuação em grupos, práticas integrativas, atividade física e medicina tradicional chinesa, com a finalidade de devolver ao usuário a sua funcionalidade. Em suma, trata-se de proporcionar àquela pessoa que, por motivo de dor musculoesquelética, procura a unidade em busca de auxílio uma melhor saúde física e emocional, assim como a sua reinserção na comunidade (BRAGHINI; Ferretti; Ferraz, 2017).

Encaminhamentos para a prática

Na realidade deste estudo, foi pesquisada apenas uma UBS de Fortaleza, de cobertura de uma grande área de Fortaleza, podendo

futuramente ser realizadas estratificações considerando as microáreas dos pacientes e suas diferenças sociodemográficas, para direcionar abordagens preventivas de monitoramento desses pacientes.

O georreferenciamento mostrou-se uma estratégia válida para melhor representar a distribuição espacial dos sujeitos da pesquisa. Também, confirmou o fato de pacientes terem a unidade da pesquisa como ponto de referência na busca de um serviço de saúde, mesmo não estando na área adscrita do território.

Referências

BARTZ, P. T.; BUENO, A. F.; VIEIRA, A. Grupo da coluna na atenção básica. *Cad Edu Saude e Fis.*, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 3, p. 53-65, 2015.

BRAGHINI, C. C.; FERRETTI, F.; FERRAZ, L. The role of physical therapists in the context of family health support centers. *Fisioterapia em Movimento*, v. 30, n. 4, p. 703-713, dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: *Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Brasília: MS, 1996.

BURITY, E. M. A. Territorialização como instrumento de diagnóstico de vulnerabilidades sociais na Atenção Básica. *Archives of Health*, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 1276-1279, 2021. Special edition.

CAMARGO NETO, A. de A. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. *Rev Bras Clin Med*, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 428-433, set./out., 2010.

COHEN, S. P.; VASE, L.; HOOTEN, W. M. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Chronic Pain* 1, Usa, v. 397, n. 29, p. 2082-2097, maio 2021.

DIONÍSIO, G. Q.; SALERMO, V. Y.; PADILHA, A. Sensibilização central e crenças entre pacientes com dores crônicas em uma unidade de atenção primária de saúde. *BrJP*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 42-47, jan./mar. 2020.

FAYÃO, J. G. *et al.* Queixas musculoesqueléticas no ombro: características dos usuários e dos atendimentos na atenção primária. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 26, n. 1, p. 78-84, mar. 2019.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial. *Atesto Municipal de Funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde*, jun., 2022.

GAMA, K. C. S. D. Inserção do fisioterapeuta no programa de saúde da família: uma proposta ética e cidadã. *C&d- revista Eletrônica da Fainor*, Vitória da Conquista, v. 1, n. 3, p. 12-29, jan./dez. 2010.

LEAL, M. C. da C.; OLIVEIRA, B. D. R. de; BARBOSA, S. S. A. Repercussões da inserção de um grupo de práticas corporais na Atenção Primária. *Rev Interd, Tabosa de Almeida*, v. 13, n. 2021, p. 1-12, 2021.

MACIEL, M. P. A. *et al.* Territorialização e a atenção básica: conhecimento adquirido na prática. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 15125-15138, set./out. 2020.

MAIA, F. E. S. *et al.* A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. *Rev. fac. ciênc. méd*, Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 110-115, dez. 2015.

PEREIRA, J. C. *et al.* A territorialização como instrumento para formação em saúde a partir de uma experiência de extensão popular. *Rev. Ed. Popular*, Uberlândia, p. 233-241, jul. 2020. Edição Especial.

PONTIN, J. C. B. *et al.* Efeitos positivos de um programa de educação em dor em pacientes com dor crônica: estudo

observacional. *Brjp*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 130-135, abr./jun. 2021.

RAMOS, E. A. *et al.* Humanização na Atenção Primária à Saúde, *Rev Med Minas Gerais*, 28 (Supl. 5), e-S280522.

SILVA, A. M. B. *et al.* Territorialização em saúde na atenção primária: relato de experiência de acadêmicos em medicina. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8793-8805, jul./ago, 2020.

SILVA, J. L. A. *et al.* Aplicabilidade do processo de territorialização como estratégica para o desenvolvimento da promoção da saúde na Atenção Básica. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, 2021.

SILVA, K. J. *et al.* Melhores práticas em enfermagem e sua interface com o núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 29, 2020.

SILVA, C. A. L. *et al.* Territorialização como instrumento de planejamento de ações de saúde de residentes da atenção básica. *R. Interd.* v. 12, n. 2, p. 115-120, abr./jun. 2019.

A repercussão da pandemia na Qualidade de Vida da pessoa com dor crônica musculoesquelética assistida em Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza-CE

*Fabíola Maria Sabino Meireles
Clarissa Bezerra Silva Matos
Bernardo Diniz Coutinho
Renata de Sousa Alves
Patrícia Moreira Costa Collares*

Introdução

A dor crônica (DC) é considerada um problema de saúde pública e uma das principais causas de afastamento de trabalho por incapacidade temporária ou permanente. Assim, o presente estudo abordou a repercussão da pandemia na Qualidade de Vida (QV) de usuários de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) por meio de uma avaliação da população adscrita ao território da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Entre as demandas procuradas pelo usuário na atenção básica, está o grupo das doenças crônicas não transmissíveis, principal motivo que leva à procura pelo profissional fisioterapeuta. Esse profissional passou a exercer atendimento na atenção básica, atuando em programas de saúde pública, a fim de atingir a integralidade que busca a assistência completa ao usuário, voltando sua atenção para a prevenção e promoção da saúde, contribuindo com a melhoria da QV (Leal; Oliveira; Barbosa, 2021).

Uma das alterações que atinge a população de maneira, muitas vezes, incapacitante é a dor. Por não ter inicialmente uma atenção adequada, ela pode vir a se tornar crônica. Na atenção primária em saúde, a dor, seja ela aguda ou crônica, tem-se mostrado um dos problemas de saúde pública mais recorrentes, apresentando-se como uma das principais queixas por parte dos usuários. A DC aparece após um período de aproximadamente doze semanas do quadro algico, contribuindo para incapacidade, depressão, ansiedade, distúrbios do sono e, conseqüentemente, baixa QV. Muitas vezes, a dor musculoesquelética é decorrente de condições de saúde precárias ou mau uso da biomecânica do corpo, como durante as atividades de vida diária (Pontin *et al.*, 2021).

Desse modo, vê-se a problemática descrita como um desafio para APS, que necessita de estratégias resolutivas a longo prazo, baseando-se em medidas que visem à melhoria da QV da população que sofre com DC.

São destaques de subnotificação na atenção básica (e causa direcionada para a atenção secundária), os problemas de saúde como os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: dores na coluna, disfunções musculoesqueléticas, artrites, osteoartroses, doenças reumáticas, entre outras. Em muitos casos, são caracterizados como crônicos e, por afetarem principalmente o psicossocial, geram diferentes graus de incapacidade funcional, ocasionando graves problemas na saúde da população, podendo influenciar diretamente nos gastos públicos (Prudente *et al.*, 2020).

Entre os fatores que podem levar ao agravamento da DC, esteve a pandemia da covid-19, como destacado pela literatura (Souza *et al.*, 2020; Santos-Júnior *et al.*, 2022). De forma adicional e correlacionada, existe uma série de fatores que podem facilitar a ocorrência de episódios de dores, ou até mesmo ocasionar um aumento nos casos já presentes, durante um confinamento prolongado. A ausência da prática de atividade física induz à atrofia muscular, recomendando uma relação prognóstica patológica entre o grau de enfraquecimento muscular e o desenvolvimento da dor lombar (Rubio *et al.*, 2021).

Para melhor ilustrar esse cenário, tem-se a relação entre a pandemia e o agravamento da saúde musculoesquelética dos trabalhadores, principalmente dos segmentos da coluna lombar e cervical. Isto se deve à prática de certas atividades profissionais que, ao serem mantidas em domicílio, trazem fatores associados como estresse, dificuldade de conseguir conciliar o trabalho doméstico com as atividades de vida diária, má postura, mobilidade reduzida, aumento da carga de trabalho e falta de atividade física (Santos *et al.*, 2021).

O distanciamento social foi uma importante medida recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para limitar as altas taxas de contaminação e minimizar a pressão sobre os sistemas de saúde. Por outro lado, essa opção pode evidenciar outra pandemia, relativa aos estilos de vida sedentários. Até quando não relacionada à covid-19, a reclusão social é uma condição que contribui para o surgimento de manifestações musculoesqueléticas, como dores musculares e articulares (Silva; Sousa, 2020).

Contexto do estudo

Em virtude de a DC ser apontada como um problema de saúde pública, entende-se que há necessidade do desenvolvimento de estratégias de identificação, diagnóstico e acompanhamento de pacientes que favoreçam o restabelecimento da disposição física e mental, a fim de proporcionar um viver mais saudável em busca da QV e da funcionalidade das pessoas acometidas pela DC. Diante

dos problemas de DCM da população que busca espontaneamente o atendimento da Fisioterapia, este estudo traz a proposta de diagnóstico situacional da relação entre a pandemia e as dores crônicas na população adscrita. De acordo com o diagnóstico proposto para uma unidade, esse modelo poderá ser expandido para outras Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza/CE.

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter quantitativo aplicada a indivíduos da sala de espera com queixas de síndrome gripal, para investigação da relação desta com DCM e QV, durante a pandemia. A pesquisa foi realizada no período de maio a julho de 2022, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), em Fortaleza-CE.

A UAPS faz parte da Regional IV e possui, em seu quadro profissional, quatro equipes da ESF, com médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, dentistas, assistente e técnica de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. A unidade também é sede do Nasf.

Administrativamente, a área da unidade *locus* desta pesquisa é subdividida em treze microáreas cobertas e uma microárea descoberta. De acordo com o Atesto Municipal de Funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde, obtido pelo prontuário eletrônico FastMedic, a UAPS atende uma população, segundo o IBGE, de 39.502 habitantes, com população cadastrada no FastMedic de 11.626 (Fortaleza, 2022).

Segundo Marotti *et al.* (2008), a população é o conjunto de unidades sobre o qual se deseja obter informação. Dessa forma, a população desta pesquisa foi composta por indivíduos para atendimento na sala de espera no território da referida unidade cadastrados no prontuário eletrônico. Fizeram parte da amostra os indivíduos, com idade igual ou superior a dezoito anos, em sala de espera para atendimento na UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno que tinham apresentado síndrome gripal no período da pandemia (março de 2020 a julho de 2022) e que possuíam queixas de dor crônica musculoesquelética.

Segundo dados cedidos pela Regional IV, a média mensal de pacientes atendidos por síndrome gripal acima de dezoito anos, em 2021, foi de 146 pessoas. Foi adotada uma frequência hipotética do

fator do resultado na população de 50% (máximo nível de incerteza) e uma confiança de 95%. Estimou-se ser necessário avaliar 106 pacientes, a fim de obter uma amostra que represente essa população.

Foram incluídos na pesquisa indivíduos com idade a partir de dezoito anos, independente do gênero, que apresentavam dor crônica de origem musculoesquelética persistente com mais de três meses, residentes em Fortaleza, cadastrados no SUS e/ou assistidos pela UAPS, em espera por atendimento devido a síndrome gripal. Foram excluídos do estudo indivíduos com alterações cognitivas, auditivas e/ou visuais, o que impossibilitava o momento de aplicação dos questionários no ato da avaliação, de forma fidedigna.

A captação dos sujeitos para a coleta de dados se deu especificamente na unidade de saúde apontada no estudo, sendo coletados por meio de entrevista. A fim de resultar no levantamento das informações, de início, a pesquisadora explicou que a participação era anônima e de forma voluntária, e que, a qualquer momento, ele poderia desistir da pesquisa, sendo solicitada a assinatura do TCLE.

Os instrumentos de coleta de dados a serem descritos a seguir foram adaptados para o *google forms* como estratégia de dar celeridade à coleta e análise dos dados. Foi aplicado um questionário sociodemográfico elaborado pela própria autora, contendo dados pertinentes ao estado de saúde e contemplando dados referentes ao aparecimento da doença, tempo de instalação e possíveis causas.

Para prosseguimento da pesquisa, os participantes responderam os seguintes questionários: - WHOQOL-BREF - usado para avaliar a QV (Fleck *et al.*, 2000; Almeida-Brasil *et al.*, 2017). Adotaram-se, como ponto de corte (65,22), os dados referidos na pesquisa de Cruz *et al.* (2011); - Inventário Breve de Dor (IBD) - forma traduzida de Brief Pain Inventory (BPI). Foram considerados sete domínios de funcionamento (atividade geral, humor, caminhada, trabalho normal, relações com outras pessoas, sono e gozo de vida) (Tan *et al.*, 2004). Para uma melhor descrição, utilizou-se a seguinte classificação: escores: 0 – sem dor; 1 a 3 - dor leve; 4 a 7 – dor moderada; e 8 a 10 - dor grave (Boonstra *et al.*, 2016).

Os dados coletados foram tabulados no Excel 2013 e analisados por meio do *Software Statistical Package For Social Sciences* (SPSS), versão 17. Para análise e distribuição da normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk reportando média e desvio padrão para as variáveis com distribuição normal e mediana e intervalo interquartil (25 e 75) para as variáveis com distribuição não normal. De forma complementar, a estatística analítica adotou o teste qui-quadrado e t-sudent, adotando o $p < 0,05$.

Este estudo seguiu os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) em 06/05/2022, com o parecer nº 5.392.905.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 106 usuários, a maioria do sexo feminino 95 (89,62%), com idade mínima de dezoito, máxima de 85, média de 51,04 e desvio padrão 13,611. *Ser solteiro (a)* 57 (53,77%) foi o estado civil predominante entre a população pesquisada. Acerca do tempo de diagnóstico de DC dos respondentes, 89 (83,96%) informaram o aparecimento há mais de um ano. Quanto à intensidade da dor na última semana, foi referida pelos participantes como dor grave, apontada por 60 (56,60%) dos entrevistados; com maior aparecimento no período da noite, informada por 78 (73,58%) dos usuários.

De forma similar, em um estudo que envolveu pacientes com DC de uma UAPS localizada na cidade de Guarulhos, no estado de São Paulo, observou-se a prevalência de sexo feminino. A maioria dos sujeitos tinha em média cinquenta anos e ganhava até quatro salários mínimos (Dionísio, Salermo, Padilha, 2020). Um estudo de revisão sistemática e metanálise, realizado no Brasil no ano de 2023, que incluiu 27.773 participantes, mostrou que, aproximadamente, 23,02% a 41,4% da população brasileira sofre de dores crônicas. Entre esses indivíduos, existe a prevalência de sexo feminino, idade avançada, menor escolaridade, atividade profissional

intensa, consumo excessivo de álcool, tabagismo, obesidade, transtorno de humor e sedentarismo, dos quais em maior número nas regiões Sul e Sudeste do país. Observou-se também que 50% do grupo relatou incapacidade física induzida pela dor, o que leva a prejuízo de função física (Santiago *et al.*, 2023). Evidencia-se que, mesmo em estados de distintas regiões, a DC tem as mesmas características nos sujeitos pesquisados.

Identificou-se um predomínio de pessoas sem covid-19, 70 (66,04%), comparado a pessoas que positivaram, 36 (33,96%). A maior parte destes, 33 (91,67%), não necessitou de internação. No ano de 2020, tem-se um maior número de casos positivos, dentro da presente amostra, representado por 19 (45,24%) dos sujeitos infectados. Destes, seis apresentaram reinfecção. Todos os entrevistados (100%) relataram outras síndromes gripais, com maior aparecimento no ano de 2022, representada por 92 (86,79%) dos sujeitos entrevistados, porém não houve nenhuma internação.

Observa-se entre os sujeitos com DC o predomínio de pessoas que não tiveram covid-19 quando comparadas àquelas que positivaram, sendo que a maior parte não necessitou de internação. Segundo o estudo de Carvalho *et al.* (2021) com 221 pacientes com RT-PCR positivo para o covid-19, a presença de dor (crônica ou não) está associada a um impacto negativo na vida da população, limitando assim a vida do paciente.

Grande parte dos entrevistados não apresenta dor e, quando a ela se referiu, mencionou que não atrapalhava a realização de atividades de vida diária, exigindo assim uma menor intervenção, sendo um bom indicativo para QV. Pessoas que apresentaram efeito negativo da dor durante o seu dia a dia precisaram de medidas de intervenção conservadoras, como, no caso, a internação.

A ligação entre covid-19 e DC foi objeto de estudo. Ressalta-se que um paciente com DC exacerbada pode exigir intervenção médica mais imediata, e, ao relutar em procurar atendimento médico por medo de uma possível contaminação devido à pandemia, esses pacientes podem agravar o seu quadro (Mendonça *et al.*, 2020). Na realidade da presente pesquisa, obtiveram-se resultados significativos em

relação ao aumento da dor em pacientes com covid-19, em especial aqueles que passaram por uma internação. Destaca-se que o segmento corpóreo mais afetado foram os membros inferiores.

Quanto à avaliação das arboviroses (dengue, zika e chikungunya), cerca de um terço dos sujeitos da presente pesquisa já contraiu algum tipo, havendo casos de internação e agravamento do quadro de dor durante a internação hospitalar. O estudo de Barreto, Gomes e Castro (2021) explicitou informações dos moradores de Fortaleza, uma das regiões mais acometidas do Brasil durante a epidemia de Chikungunya em 2016 e 2017. Dor, idade, anos de estudo e tempo desde o diagnóstico apresentaram correlações moderadas com a QV. A piora da QV pode estar relacionada com a dor, por ser um dos principais sintomas relacionados.

Quando questionados acerca da internação, temos apenas três casos para covid-19 e dois casos para arboviroses. Ressalta-se que, em ambas as situações, os pacientes reportaram agravamento do quadro de dor durante a internação hospitalar.

Durante a vida, a maioria das pessoas pode apresentar dor muito usual, a exemplo da dor de cabeça, dor de dente, etc. Observou-se que 94 (88,68%) dos interrogados apresentaram dor diferente dessas no momento da entrevista, ou seja, estão com um quadro agudizado de sua dor crônica.

Em relação à área da dor, a mais frequente relatada por 34,93% dos sujeitos manifestava-se nos membros inferiores. Vale ressaltar que os sujeitos tinham a opção de marcar mais de uma área de dor, resultando no quantitativo de 153 para a região.

Diante disso, o somatório da porcentagem ultrapassou o número de cem por cento. Identificou-se que 57 (53,77%) dos sujeitos referiram à pior dor como grave (escore de 8-10); à dor mais fraca, 50 (44,17%), como moderada (escore de 4-7); nas últimas 24 horas, e a média da dor achada foi classificada como dor moderada (escore 4-7), por 62 (58,49%) dos entrevistados. No momento da entrevista, observou-se a intensidade de dor moderada em 34 (32,08%).

No entanto, a intensidade da dor, em uma escala de zero a dez, não interferiu nos aspectos da vida, como atividade geral,

humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento interpessoal, sono e na habilidade de apreciar a vida, para a maioria da população investigada.

Os autores Rocha, Alfieri, Silva (2021) encontraram relação estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre idade e DC. Essa dor mostrou-se mais comum em idosos. As razões que podem ajudar para o achado de maior prevalência de DC em adultos podem estar relacionadas ao tipo de atividade laboral exercida, e, em idosos, isso é evidenciado pelo processo fisiológico de envelhecimento, que eleva o risco de deterioração progressiva da saúde. Na realidade da presente pesquisa, a análise estatística entre idade e a atividade laboral exercida pelos sujeitos não mostrou associação com a qualidade de vida.

Pouco mais da metade dos sujeitos informaram que a dor, na última semana, estava intensa, sendo um expressivo número que refere dor durante o dia. Para melhor compreender, caracteriza-se como o paciente de DC do estudo aquele sujeito que, nos últimos dias, referiu dor intensa, com acometimento em horário produtivo do dia. Temos metade dessa população que não trabalha, e, ao não trabalhar, também não consegue realizar suas atividades do dia a dia, em detrimento da dor.

O membro inferior foi a área mais frequentemente relatada pelos usuários pesquisados, como origem da dor. O estudo de revisão sistemática de Aguiar *et al.*, (2021), que analisou a prevalência de dor crônica no Brasil, encontrou a região lombar como parte do corpo humano com maior queixa, seguido por membros inferiores, cabeça, articulações e membros superiores. Segundo Pimentel *et al.*, (2011), no Brasil, as doenças da coluna correspondem ao primeiro motivo de pagamento de auxílio-doença, e ao terceiro motivo de aposentadoria por invalidez, ocasionando o afastamento do trabalhador. Uma das causas mais comuns de DC na APS são as dores nas costas.

Para a descrição do tratamento ou medicação usada para a dor, o usuário tinha a opção de relatar múltiplas respostas, ultrapassando assim a porcentagem de cem por cento. Para a categorização, foi realizado um agrupamento dessa variável em classes farmacológicas.

Quando questionados sobre quais tratamentos ou medicações o indivíduo está recebendo para dor, a medicação mais referida foi da classe analgésica, usada por 52 (49,06%) dos entrevistados, seguida por anti-inflamatórios, com 47 usuários (44,34%). No que se refere à melhora proporcionada pela medicação usada nas últimas 24 horas, a maioria dos entrevistados, 61 (57,55%), reconhece uma melhora expressiva com valor médio de 6,6. Chama atenção o fato de 13 (12,26%) usuários não apresentarem nenhum alívio do quadro sintomático de dor.

Os dados sobre a interferência da dor com distribuição não normal apresentaram mediana de 3,43 (0,71 - 6,14). Os dados do estudo referente à intensidade/severidade da dor apresentaram média de 5,033 com desvio padrão [DP] de 2,1912.

Em uma pesquisa longitudinal onde foram avaliados oito pacientes, por meio do questionário 'Inventário Breve da Dor', foi identificada a região cervicoescapular e região lombar como as áreas do corpo onde os sujeitos referiram dor. Com média de intensidade da dor em 4, causando interferência na atividade geral, humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento interpessoal, sono e na habilidade de apreciar a vida. A classificação da dor foi referida como fraca a moderada, afetando nas atividades de vida diária (Santana *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado no Instituto Bahiano de Reabilitação da Fundação José Silveira, com 62 sujeitos adultos e idade superior a cinquenta anos, que apresentavam, há mais de três meses, episódios breves de dor musculoesquelética, o 'Inventário Breve da Dor' aplicado apontou a intensidade da dor nas últimas 24h anteriores à entrevista como sendo de (8 - 10/10); e, no momento da coleta, uma intensidade mais baixa, de (5/10), enquanto 19% informaram não apresentavam dor. Quanto à interferência da DC na atividade geral e habilidade de apreciar a vida, o resultado foi equivalente (6 e 5/10) (Ferreira *et al.*, 2022).

Em um ensaio randomizado controlado de doze semanas, realizado em clínicas públicas de atenção primária na região leste dos Novos Territórios de Hong Kong, verificou-se uma significativa melhora ($p < 0,05$) no maior escore de gravidade da dor do questionário

IBD, no grupo exercício neuromuscular, em 6 e 12 semanas após intervenção, em comparação com o grupo controle (Sit *et al.*, 2021). Tais dados sugerem a importância de estimular o tratamento e a prática de atividade para os sujeitos da presente pesquisa no momento da devolutiva dos dados.

Os dados demonstrados a seguir são referentes ao instrumento de avaliação de QV WHOQOL-bref, divididos em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Quando questionados sobre *como você avalia sua QV*, boa parte dos entrevistados, cinquenta (47,17%), indicou a opção quatro (boa), tendo uma média de 82,94 e DP de 9,681. Em relação à avaliação da saúde, observa-se que 34 (32,08%) informaram a opção três (nem satisfeito, nem insatisfeito), com média de 2,9.

De acordo com Azevedo *et al.* (2013), as DCNT, entre elas, a musculoesquelética, estão associadas a fatores como idade, sexo, alimentação, sedentarismo, entre outros que aparecem como causas que afetam a QV. Na realidade do nosso estudo, a qualidade de vida mostrou associação com o surgimento da dor e o covid-19.

O presente estudo refere que 52,83% dos entrevistados com dor crônica têm sentimentos negativos, algumas vezes com quadro sugestivo de depressão, elemento que afeta negativamente a sua percepção de qualidade de vida e suas relações sociais.

Segundo Terassi *et al.* (2020), indivíduos que apresentam DC são mais favoráveis a ter depressão, uma vez que a DC pode provocar sentimentos negativos, medo e ansiedade. É o que revela um estudo de coorte no Reino Unido, com 502 informantes, quando comparou a intensidade da dor em dois grupos, revelando que quanto mais alto o nível de dor, maior também foram os índices de depressão (Benyon *et al.* 2013).

As médias DP da QV em cada domínio foram os seguintes: físico $67,9 \pm 10,9$; psicológico $62,2 \pm 9,6$; e ambiente $64,4 \pm 8,3$. A maior média foi observada no domínio físico, e a menor no psicológico. No caso das relações sociais, temos uma mediana de 60.

Para alívio do quadro álgico apresentado pelos 164 pacientes com DC atendidos no Ambulatório de Dor da Universidade Federal

da Bahia, os fármacos mais utilizados foram analgésicos, seguidos pelos antidepressivos para tratamento de DC (SILVA *et al.* 2021). No presente estudo, quando questionados sobre *quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor*, a medicação mais observada foi da classe analgésica, usada por 49,06% dos entrevistados, seguida por antiinflamatórios com 44,34%.

O teste de normalidade (Shapiro-Wilk) mostrou que o domínio WQ Relações Sociais é estatisticamente significativo com $p < 0,05$, tendo os seus dados validade externa, ao contrário dos demais domínios. Assim, pode-se inferir o papel relevante das relações sociais na percepção de qualidade de vida dos sujeitos com dor crônica musculoesquelética, sendo algo totalmente passível de ser trabalhado para melhorar a percepção de QV.

Visando a uma melhor compreensão dos resultados, foi aplicado o teste “Qui-Quadrado”, que mostrou não haver associação entre a QV e as seguintes variáveis testadas para a amostra pesquisada: sexo (X2(1) 0,27; $p = 0,60$); faixa etária (X2(2) 4,45; $p = 0,10$); estado civil (X2(5) 2,89; $p = 0,71$); ter filhos (X2(1) 1,30; $p = 0,25$); ter ocupação (X2(1) 0,007; $p = 0,93$); nº de horas trabalhadas (X2(4) 7,87; $p = 0,09$); renda familiar (X2(4) 5,51; $p = 0,23$); condição de moradia (X2(2) 0,79; $p = 0,67$); ter outras doenças (X2(2) 0,79; $p = 0,67$); tempo de diagnóstico da dor (X2(1) 1,41; $p = 0,23$); intensidade da dor (X2(3) 3,13; $p = 0,37$); deixar de fazer atividade (X2(1) 2,51; $p = 0,11$); ter covid-19 (X2(1) 3,03; $p = 0,08$); arbovirose (X2(1) 3,03; $p = 0,08$); e ter internação por arboviroses (X2(1) 0,12; $p = 0,72$).

Em contrapartida, o teste “Qui-Quadrado” mostrou que há associação entre QV e as seguintes variáveis: aparecimento da dor (X2(1) 3,702; $p = 0,05$); internação por covid-19 (X2(2) 6,06; $p = 0,04$); intensidade de dor pós-covid-19 (X2(1) 4,42; $p = 0,03$). Ou seja, isso demonstra que, à medida que há aumento da dor, seja ela acompanhada ou não de internação por covid-19, há também a diminuição da QV, em pacientes com covid-19.

A avaliação da normalidade dos dados numéricos foi realizada utilizando o teste Shapiro-Wilk considerando o p valor $< 0,05$.

O teste de normalidade (Shapiro-Wilk) mostrou que N° de filhos; N° de pessoas que trabalham ou possuem renda; Renda familiar; Total de pessoas residentes; N° de locais de dor; Período do dia em que a dor aparece; N° de outras doenças; N° de Sinais e sintomas; WQ_Relações Sociais; e IBD_Interferência são diferentes da distribuição normal ($p < 0,05$).

Para comparação dos grupos, foi utilizado o teste T de Student independente para as variáveis com distribuição normal, e o teste 'Mann Whitney U' para as variáveis com distribuição não normal, considerando o p valor $< 0,05$.

O teste-T para uma amostra evidenciou que a média da amostra WQ_geral normal é diferente da média do WQ_geral ($82,94 \pm 9,681$, $p < 0,05$); a média do WQ_Físico ($67,951 \pm 10,8993$, $p < 0,05$); do WQ_Psicológico ($62,201 \pm 9,6487$, $p < 0,05$); do WQ_Ambiente ($64,434 \pm 8,2900$, $p < 0,05$). Já o teste de Mann-Whitney mostrou que a QV alta tem efeito sobre WQ_Relações Sociais (mediana 60,0 (48,33 - 66,66) com $p < 0,048$) e IBD_Interferência (mediana 3,43 (0,71 - 6,14) com $p < 0,001$).

A repercussão da pandemia por covid-19 na QV das pessoas com DC investigada nessa pesquisa demonstrou que os sujeitos investigados manifestaram DC nos membros inferiores, com intensidade grave na última semana e um maior aparecimento no período da noite. Os sujeitos que apresentaram covid-19 e necessitaram de internação informaram agravamento do quadro de dor. Quando questionados a partir do instrumento IBD, sobre o pior grau de dor, a maioria dos sujeitos referiram como grave. O resultado identificou que a dor mais fraca e a dor no momento da entrevista foram referidas como moderada.

Por fim, vale esclarecer que a QV dos indivíduos investigados por meio do questionário WHOQOL-bref demonstra que os sujeitos apresentavam, em sua maioria, uma QV elevada no momento da pesquisa. A minoria, ao ser acometida pela covid-19, teve sua QV afetada negativamente, com maior ênfase para o domínio das relações sociais.

Encaminhamentos para a prática

- O modelo proposto neste estudo se mostrou válido e útil para a avaliação dos sujeitos com dor crônica musculoesquelética, bem como para o monitoramento da intensidade de dor e da funcionalidade;
- A dor crônica (DC) é considerada um problema de saúde pública e necessita ser devidamente assistida entre as demandas procuradas pelos usuários na atenção básica;
- A prevenção e promoção da saúde devem ser otimizadas pela integralidade do cuidado, buscando a assistência completa ao usuário com DC, reconhecendo na pandemia de covid-19 e no isolamento um importante fator de agravamento da doença.

Referências

- AGUIAR, D. P. *et al.* Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. *BrJP.*, São Paulo, v. 4. n. 3, p. 257-267, jul./set. 2021.
- ALMEIDA-BRASIL. C. C. *et al.* Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017.
- AZEVEDO, A. L. S. *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774- 1782, set. 2013.
- BARRETO, M. C. A.; GOMES, I. P.; CASTRO, S. S. Qualidade de vida dos pacientes com chikungunya: fatores associados durante uma epidemia ocorrida no nordeste do Brasil. *J. Health Biol Sci*, v. 9, n. 1, p. 1-8, 2021.
- BENYON, K. *et al.* Coping strategies as predictors of pain and disability in older people in primary care: a longitudinal study. *BMC Family Practice*, p. 14-67, 2013.

BOONSTRA, A. M. *et al.* Cut-Off Points for Mild, Moderate, and Severe Pain on the Numeric Rating Scale for Pain in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Variability and Influence of Sex and Catastrophizing. *Front Psychol.*, v. 7, set. 2016.

CARVALHO, M. C. T. *et al.* O impacto na qualidade de vida nos indivíduos pós Covid-19: O que mudou? *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, 2021.

CRUZ, L. N. *et al.* Qualidade de vida no Brasil: valores normativos para o Whoqol-bref em uma amostra da população geral do sul. *Qual Life Res*, v. 20, p.1123 -1129, 2011.

DIONÍSIO, G. Q.; SALERMO, V. Y.; PADILHA, A. Sensibilização central e crenças entre pacientes com dores crônicas em uma unidade de atenção primária de saúde. *BrJP.*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 42-47, jan./mar. 2020.

FERREIRA, A. F. *et al.* Dor musculoesquelética, multimorbidade e fatores associados em indivíduos acompanhados por serviço de fisioterapia: estudo observacional de corte transversal. *BrJP.*, São Paulo, v. 5, n. 3, 2022.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial. *Atesto Municipal de Funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde*, jun., 2022.

LEAL, M. C. da C.; OLIVEIRA, B. D. R. de; BARBOSA, S. S. Alves. Repercussões da inserção de um grupo de práticas corporais na Atenção Primária. *Rev Interd, Tabosa de Almeida*, v. 13, n. 2021, p. 1-12, 2021.

MAROTTI, J. *et al.* Amostragem em Pesquisa Clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 2, p.186-194, maio/ago. 2008.

MENDONÇA, F. M. *et al.* EPIDOR: uma abordagem computacional baseada em sistema web e aplicativo móvel para dores crônicas no atual contexto de pandemia do Coronavírus. *AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento*, v. 9, n. 2, p. 117-128, 2020.

PIMENTEL, I. R. S. *et al.* Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev bras med fam comunidade*. Florianópolis, v. 6, n. 20, p. 175-181, jul./set. 2011.

PONTIN, J. C. B. *et al.* Efeitos positivos de um programa de educação em dor em pacientes com dor crônica: estudo observacional. *BrJP.*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 130-135, abr./jun. 2021.

PRUDENTE, M. de P. *et al.* Tratamento da dor crônica na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal Of Development*, v. 6, n. 7, p. 49945- 49962, 2020.

ROCHA, A. D. X; ALFIERI, F, M; SILVA, N. C. O. V. Prevalência de dor crônica e fatores associados em uma pequena cidade do sul do Brasil. *BrJP.*, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 225-231, ju./set. 2021.

RUBIO, C. C. *et al.* Percepção da dor musculoesquelética em estado de confinamento: fatores associados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 29, 2021.

SANTANA, J. L. S. *et al.* Análise da dor crônica em pacientes com síndrome da dor miofascial de um ambulatório universitário na cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, v. 25, n. 2, p. 42-57, maio/ago. 2021.

SANTIAGO, B. *et al.* Prevalence of chronic pain in Brazil: A systematic review and meta-analysis. *Clinics*. Sao Paulo, Brazil., v. 78, 2023.

SANTOS-JÚNIOR, F. F. U. *et al.* Autoeficácia para dor e atividade física durante o distanciamento social relacionado à COVID-19: estudo transversal. *BrJP.*, São Paulo, v. 5, n. 3, 2022.

SANTOS, I. N. *et al.* Associação entre dor musculoesquelética e teletrabalho no contexto da pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Trab*, v. 19, n. 3, p. 342-350, 2021.

SILVA. R. M. V.; SOUSA. A. V. C. Fase crônica da COVID-19: desafios do fisioterapeuta diante das disfunções musculoesqueléticas. *Fisioter. Mov.*, Curitiba. v. 33, 2020.

SILVA, S. M. C. *et al.* Comprometimento da qualidade de vida por ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *BrJP.*, São Paulo. v. 3, 2021.

SIT. R. W. S. *et al.* Neuromuscular exercise for chronic musculoskeletal pain in older people: a randomised controlled trial in primary care in Hong Kong. *British Journal of General Practice*. March, 2021.

SOUZA, M. O. *et al.* Impactos da COVID-19 na aptidão cardiorrespiratória: exercícios funcionais e atividade física. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*, v. 25, 2020.

TAN, G. *et al.* Validation of the Brief Pain Inventory for Chronic Nonmalignant Pain. *The Journal Of Pain*, v. 5, p. 133-137, mar. 2004.

TERASSI, M. *et al.* Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos cuidadores com dor crônica. *Rev Bras Enferm.*, v. 73, n. 1, 2020.

Linhas de cuidado em Saúde Bucal na atenção primária em saúde

experiências de construção participativa e territorializada

*Sória Leopoldo Lima de Alencar Gomes
Marcelo José Monteiro Ferreira*

Introdução

No contexto da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a implantação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), no ano de 2004, foi um marco importante para a redefinição do paradigma da Saúde Bucal no Brasil. A partir dela, a atenção à Saúde Bucal (SB) passou a ser orientada pelos princípios e diretrizes do SUS: universalidade da atenção, integralidade, equidade e descentralização (Pucca Júnior *et al.*, 2019).

No seu escopo, a PNSB passou a ser orientada pelos seguintes eixos estruturantes: centralidade na promoção da saúde e integralidade do cuidado; bem como a universalidade do acesso aos serviços pela inserção transversal da saúde bucal nas Linhas de Cuidado.

Estas, por sua vez, podem ser compreendidas como o percurso estruturado para organizar fluxos assistenciais seguros aos usuários, buscando resolutividade às suas necessidades de saúde.

A implantação de novos serviços de saúde bucal no SUS possibilitou ainda a reorganização do cuidado nos diferentes pontos da rede de atenção. Com isso, promoveu o desenvolvimento de ações pautadas pelas Linhas de Cuidado e condições especiais de vida (Santa Catarina, 2022).

O Ministério da Saúde já aponta diretrizes que abrangem algumas linhas de cuidado no âmbito da SB, tais como a atenção às gestantes e ao pré-natal, à infância, à pessoa com deficiência e à saúde da pessoa idosa (Brasil, 2018). Nesse sentido, vale ressaltar que as ações de saúde bucal inseridas nas linhas de cuidado compreendem, de maneira geral, ações de promoção e proteção de saúde, recuperação e de reabilitação. No contexto da APS, estas devem estar inseridas na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais atividades ofertadas pela unidade de saúde, em sintonia com as principais necessidades e anseios da população adscrita (Brasil, 2004).

Desse modo, a integralidade desponta como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de diferentes grupos populacionais. Ampliação que não pode ser feita sem que se reafirme uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos sociais do SUS (trabalhadores de saúde, gestores, acadêmicos e a população) e seus distintos modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (Mattos *et al.*, 2014). A expansão da Atenção Primária em Saúde Bucal aponta para a necessidade de se investigar como se formulam e se instalam suas práticas em diferentes conjunturas e em que medida os agentes dessas práticas estabelecem suas ações e as compreendem (Chaves; Silva, 2007).

Nesse escopo, emerge o conceito da Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), que se constitui em um trabalho coletivo articulado e pactuado por professores, estudantes, preceptores,

gestores, comunidade usuária do SUS e agentes dos diferentes equipamentos sociais (FORTE *et al.*, 2020). Ainda de acordo com Forte *et al.* (2020), a presença de estudantes e professores em estágios supervisionados no SUS, democraticamente articulada com as administrações municipais e equipes multiprofissionais, propicia avançar na direção de um cuidado interprofissional com o desenvolvimento de práticas colaborativas no âmbito da atenção primária.

De acordo com Peduzzi *et al.* (2013), ser multiprofissional é compartilhar um ambiente de trabalho composto por vários profissionais da área da saúde, abordando o mesmo paciente a partir de diferentes olhares. O interprofissionalismo busca superar a especialização profissional, fragmentada, em que o contato com outras profissões ocorre por meio de encaminhamentos, para uma construção do cuidado em colaboração complementar e coordenada entre os integrantes com avaliação e elaboração de condutas. Dessa maneira, a relação interprofissional garante a troca de saberes entre a equipe multiprofissional.

Diante do exposto, as linhas de cuidado em saúde bucal existentes devem nortear o trabalho das equipes de saúde bucal, havendo a possibilidade de serem adaptadas de acordo com as necessidades do território. No entanto, apesar dessa previsão, pouco se viabiliza a participação comunitária e de outros atores do SUS na construção dessas linhas de cuidado, fragilizando a atenção integral com a perpetuação de ações fundamentalmente clínico-individuais, sem diálogo com as necessidades em saúde dos territórios.

Nesse sentido, esse manuscrito tem como objetivo oferecer subsídios para a construção participativa de linhas de cuidado em saúde bucal no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Metodologia

Para a presente pesquisa, foi adotada a metodologia da pesquisa-ação. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social concebida em associação a uma determinada ação ou com a resolução de um problema coletivo (Thiollent, 2011).

Por se tratar de um conceito polissêmico, muitas vezes a pesquisa-ação pode ser compreendida como sinônimo de uma pesquisa participante. Para Haguette (2001), a pesquisa participante envolve um processo de investigação, educação e ação, consistindo numa pesquisa educacional e orientada para ação. Segundo a autora, nesse tipo de estudo, realizam-se, ao mesmo tempo, a investigação e a ação, prezando-se pela construção conjunta de pesquisadores e participantes com vistas às mudanças e transformação social.

Por outro lado, Thiollent (2011) faz uma distinção entre pesquisa participante e pesquisa-ação:

[...] toda pesquisa-ação é participativa, sendo a participação das pessoas implicadas nos problemas investigados absolutamente necessária, enquanto na pesquisa participante a participação é sobretudo participação dos pesquisadores e consiste em aparente identificação com os valores e os comportamentos que são necessários para sua aceitação pelo grupo considerado.

Para fins deste estudo, adotamos o conceito defendido por Thiollent (2011) de Pesquisa-ação. Nossa opção justifica-se pelo crescente movimento de incorporar essa metodologia no campo da Saúde Coletiva. Soma-se ainda a compreensão dos sujeitos participantes da pesquisa, munidos de um compromisso ético-político para a resolução de problemas que afetam o seu cotidiano de vida e de saúde (Padilha, 2015). Na pesquisa-ação, ao problematizar sua própria realidade, dialogando com diferentes temporalidades, os sujeitos obtêm maior clareza sobre as transformações que incidem em seus territórios e nas suas condições de vida, o que contribui para o desenvolvimento de uma maior consciência coletiva dos indivíduos nos planos cultural, ideológico e político (Ferreira, 2016).

A presente pesquisa foi realizada no período de setembro a novembro de 2021 em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) localizada no município de Fortaleza, Ceará. A escolha da UAPS foi feita por estar em sintonia com o referencial teórico do Quadrilátero de Formação, bem como por possuir lideranças ativas que representam a integração Ensino-Serviço e Comunidade. Outro

ponto que merece destaque na escolha do cenário de pesquisa é a existência de um engajamento histórico de participação social por parte da comunidade, a exemplo da Associação dos Moradores e do Conselho Local de Saúde.

Participaram da pesquisa representantes da gestão, do ensino (docentes e discentes do Curso de Odontologia), usuários e profissionais da Equipe de Saúde Bucal e da Estratégia de Saúde da Família. Para tanto, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: gestores, profissionais da Equipe de Saúde Bucal e preceptores com experiência mínima de um ano no território; docentes e discentes do curso de Odontologia que estejam inseridos nos territórios da pesquisa; usuários que tenham participação no Conselho Local de Saúde ou que tenham representatividade diante da comunidade. Os critérios de exclusão utilizados foram os seguintes: faltar a três seminários e/ou encontros do grupo e não ter representatividade diante do coletivo a que estivesse vinculado.

Ao todo, participaram do grupo da Pesquisa-ação dezesseis pessoas, sendo elas: um representante da gestão; sete do ensino (docentes e discentes do Curso de Odontologia inseridos no serviço); quatro usuários do SUS (dois representantes da Associação dos Moradores do bairro, um agente cidadania, que também é membro do Conselho Local de Saúde, e um representante de uma escola municipal que está inserida no território da pesquisa) e quatro profissionais incluindo duas cirurgiãs-dentistas, uma enfermeira e um Agente Comunitário de Saúde.

Ao longo da pesquisa, foram realizados seis seminários, com duração média de três horas cada. Para os seminários, adotamos uma nomenclatura representada pela letra “S”, enumerando-os de um a seis. Em todos os encontros, foi feita a gravação dos áudios com os registros fotográficos para a coleta do material empírico. Além disso, foram utilizados o diário de campo e a observação participante (Pessoa *et al.*, 2013). A Análise de Discurso (AD) foi utilizada como técnica de análise do material qualitativo. A escolha deu-se pela necessidade de se buscar compreender como um objeto simbólico produz sentidos e como ele está investido de significância para

e por sujeitos, pois toda fala é uma forma de ação (Orlandi, 2000). Para a interpretação do material empírico proveniente das conversas e das gravações dos seminários posteriormente transcritos, ancoramo-nos no referencial da Hermenêutica de Profundidade de Thompson (2009). A definição desse referencial teórico deve-se ao fato de entrarmos no campo da linguagem dos sujeitos inseridos em um contexto sócio-histórico.

Dessa forma, realizamos um estudo crítico das transcrições dos seminários, procurando considerar elementos como o grau de percepção e envolvimento dos participantes, bem como questões relacionadas à sintaxe, à semântica e às metáforas contidas no texto. Em relação aos discursos, realizamos também algumas correções das falas originais dos participantes sem distorcer sua estrutura e as ideias dos participantes. Em seguida, submetemos os conteúdos a uma categorização temática a partir de um diálogo aproximado com o objetivo e o referencial teórico da pesquisa.

Esse estudo foi desenvolvido dentro dos parâmetros contidos na Resolução 466/12, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, mediante parecer de número 4.597.191.

Resultados e discussão

Ao longo desta pesquisa, um dos elementos deliberados pelo grupo de pesquisa foi a necessidade de se discutir e estruturar uma proposta de sistematização dos processos de trabalho com vistas à proposição de linhas de cuidado em saúde bucal. Neste sentido, foi apontada, como fator indispensável, a garantia da participação social:

[...] como é que o controle social poderia ajudar? O conselho fazendo, de repente, esse chamamento para a comunidade mesmo, de se afirmar a importância dessas ações. (S2)

Novamente eu falo que está sendo muito positivo, do ponto de vista do aprendizado, ver como a gente pode se articular como comunidade. Então, eu acho que a experiência está trazendo concretude para muito ponto de vista teórico. (S2)

É importante salientar que constitui em uma atribuição comum aos profissionais da Atenção Primária à Saúde a promoção da mobilização e da participação da comunidade para o controle social. A participação de usuários, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias do controle social nas políticas públicas de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do SUS, contribuindo para mudanças nas condições de saúde e vida da população (Brasil, 2018).

Ao longo dos seminários, percebemos que a comunidade reconhece o caráter estratégico desses espaços onde podem trocar propostas, falar sobre as principais necessidades e anseios no que diz respeito às suas condições de vida, de trabalho e de saúde. De acordo com Paim (2006), as necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades, expressas naquilo que é necessário para se ter saúde e nas condições necessárias para o gozo da vida. Nesse contexto, entende-se que a articulação com a comunidade se mostra uma alternativa potente para trazer mais materialidade para uma dimensão teórica das linhas de cuidado, viabilizando assim a integralidade do cuidado de pessoas, famílias e comunidades.

Além disso, os atendimentos em Saúde Bucal devem ser orientados pelos princípios do SUS, diretrizes e atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). Para tanto, faz-se necessária uma compreensão da realidade sociodemográfica e cultural da população, bem como a utilização dos indicadores de morbimortalidade para o planejamento, execução e monitoramento das ações nos territórios (Santa Catarina, 2022). Desse modo, faz-se necessário fomentar espaços de participação onde a comunidade pode e deve ser ouvida no que tange às suas necessidades em saúde.

Diante da proposta de se trabalhar com a construção de linhas de cuidado em saúde bucal numa perspectiva interprofissional e transdisciplinar, bem como de se fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade, o grupo passou a apontar ações necessárias no território da pesquisa:

Eu vou falar como mãe também. A escola é muito importante. A saúde bucal estar na escola é muito importante[...] Começando essa parceria no infantil, começando as ações de saúde bucal no infantil (S1);

A gente já sabe que existem estudos que apontam uma relação entre problemas odontológicos e parto prematuro, baixo peso do bebê ao nascimento. Então é importante essa troca com as gestantes, essas ações de promoção e prevenção para que elas tenham esse conhecimento sobre sua saúde bucal e geral (S4);

Importante também esse cuidado da higiene bucal no acamado, porque às vezes não é realizado de forma satisfatória pelos cuidadores (S1);

É necessário garantir uma melhor qualidade de vida na terceira fase da vida (S4).

O grupo de pesquisa elencou algumas prioridades para os serviços de saúde bucal no seu território. Apontaram para a necessidade de se trabalhar por ciclos de vida com foco nas crianças/escolares, gestantes e idosos; além das visitas domiciliares para pacientes acamados da área. Entendemos que essas escolhas viabilizam a centralidade das ações de saúde nas pessoas e famílias e permitem um olhar ampliado da clínica para além da doença.

A partir dos seminários, foi elaborado, de forma coletiva, um fluxograma que nos remete a processos de trabalho inerentes e necessários à construção das linhas de cuidado integral para esses grupos. As atividades propostas abrangem ações educativas, preventivas e de assistência voltadas para o público-alvo. Para cada atividade pensada, foram discutidas as formas de como efetivá-las, bem como a identificação dos responsáveis por aquela atividade, sempre na perspectiva de envolver os atores sociais do SUS (trabalhadores de saúde, gestores, acadêmicos e a população).

Um ponto de confluência identificado para a operacionalização das linhas de cuidado foi o planejamento. Ele deve envolver, de maneira geral, todos os atores, quer seja a gestão, profissionais de saúde aqui contando com profissionais da eSB e eSF, IES com seus docentes e discentes e usuários do SUS por meio de reuniões

sistemáticas. As falas dos participantes do grupo vão ao encontro da importância das atividades de planejamento em conjunto, mas também apontam dificuldades como a falta de estímulo e valorização dessas atividades pela gestão: “E se tivesse o grupo inteiro reunido para o planejamento das ações tanto na escola, na comunidade, na associação, já com iniciativa e intenção de começar com o planejamento[...] Então acaba dando certo “(S3).

Essa constituição da linha de cuidado do escolar é feita nesse sentido de ir ao encontro, e eu olhei aqui as atividades e é exatamente o que a gente faz. A identificação dos espaços, o contato com os escolares e o cadastro. Assim, a gente já teve isso mais bem estruturado, eu já tenho aqui um tempo aqui na prefeitura, e a gente fazia um momento de cadastro do espaço social, a gente fazia as fichas por turma, os mapas e as fichas, isso a gente realmente acompanhava, a frequência de cada aluno em relação as atividades educativas e preventivas. Então eu acho que isso deveria ser a atual condução das atividades no ambiente escolar, precisa desse reforço nessa área, retornar isso, que isso é viável, isso aconteceu, mas foi se perdendo (S6).

Há fragilidades no planejamento de ações comuns da equipe que envolvem a saúde bucal, que precisam ser encaradas por todos os atores na perspectiva de se fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade. Somente desta forma, será possível a busca pelo cuidado integral e participativo, orientado a partir dos seguintes aspectos: estabelecimento de critérios para as visitas domiciliares; organização das agendas dos profissionais com espaços reservados para o planejamento; envolvimento da comunidade nos diferentes momentos de planejamento e definição de prioridades; alinhamento das IES às necessidades de saúde elencadas em cada território, entre outros.

Tais perspectivas corroboram o estudo realizado por Amorim *et al.* (2021), que constataram que o planejamento das ações se mostrou um desafio para muitas equipes de saúde bucal. Dificuldades no uso de dados epidemiológicos sobre riscos, vulnerabilidades e questões ambientais, ou a não disponibilização dessas informações geram dificuldades para o planejamento e cuidado adequados. Por

outro lado, estudos capazes de sistematizar ou mesmo apontar caminhos para estimular a participação e o envolvimento das comunidades nos processos de planejamento e programação das ações em saúde bucal ainda são escassos e representam uma enorme lacuna na literatura científica brasileira.

No que concerne às ações educativas, foi consenso que deverão ser conduzidas respeitando o interesse dos participantes, buscando se pautar em metodologias participativas e dialógicas. Além disso, devem envolver os profissionais da eSF, eSB, IES e comunidade na sua condução e operacionalização. Essas atividades têm como potência a perspectiva de atuação interprofissional frente às necessidades dos indivíduos proporcionando maior autonomia dos sujeitos no seu cuidado.

Assim, os fundamentos conceituais que orientarão as atividades educativas encontram um arcabouço teórico-metodológico profícuo nos estudos desenvolvidos por Paulo Freire. Para Freire (2014), nesse contexto de encontro entre conhecimento científico e o popular, todos os participantes e os pesquisadores aprendem e ensinam. Essa dimensão é reportada na fala de uma integrante do grupo em um momento pós realização de uma atividade com um dos públicos:

[...] Elas foram bem participativas. Elas já trazem conhecimento, já sabem que tem que escovar, como escovar, que precisam escovar a língua. E a gente precisa só orientar uma coisa ou outra. Elas já têm uma bagagem apesar de serem crianças e a gente precisa respeitar, é uma troca, um diálogo. A gente está sempre aprendendo. (S6)

É possível perceber a importância de se resgatar o conhecimento prévio da população para que a troca de saberes e o diálogo se efetivem a contento. Segundo a proposta pedagógica da educação problematizadora – que também forma a base da Educação Popular em Saúde –, o processo de aprendizado depende de que os atores envolvidos sejam estimulados a identificar e transformar sua realidade para que um saber emancipatório seja construído (Freire, 2014).

Outro elemento de destaque nessa pesquisa, que favorece a participação de todos no cuidado integral, é a incorporação do conceito de interprofissionalismo e das práticas colaborativas. No Brasil, a inclusão da Educação Interprofissional (EIP) nas políticas de reorientação da formação profissional tem se intensificado recentemente.

Elas partem do reconhecimento dos formuladores de políticas quanto à importância do tema no processo de formação em saúde e seu potencial efeito sobre o modelo de atenção à saúde. Essa abordagem preconiza a interação entre estudantes e/ou profissionais de diferentes profissões, por meio de processos de aprendizagem compartilhados e significativos que tenham como clara finalidade o desenvolvimento de competências profissionais colaborativas (Freire Filho *et al.*, 2019).

Diante do exposto, a perspectiva do interprofissionalismo, das práticas colaborativas e do trabalho transdisciplinar é incorporada à proposta das linhas de cuidado para os grupos apontados pelos pesquisadores com o propósito de qualificar o cuidado integral, contribuir para a formação profissional e fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade: “A gente pode construir juntos, odontologia, enfermagem, medicina e outras profissões para trabalhar nas linhas de cuidado e assim desenvolver ações educativas voltadas para os problemas que mais afetam a população” (S5).

Contudo, dificuldades para o desenvolvimento de ações interprofissionais foram destacadas pelo grupo. Ao analisar as agendas dos profissionais, constatou-se que não há um turno comum da equipe para realização de ações conjuntas. Isso praticamente inviabiliza a realização de atividades educativas numa perspectiva interprofissional. Com isso, reforça-se o modelo focalizado na especialidade, da técnica pela técnica, desperdiçando a grande potência que existe no trabalho interprofissional no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

A avaliação e monitoramento das ações de promoção e prevenção, assim como das ações assistenciais, estão associadas ao bom andamento das práticas de saúde. Essas atividades devem acontecer de forma processual e contínua envolvendo todos os atores do SUS, permitindo uma análise participativa das ações e políticas.

Para Felisberto (2004), a avaliação e monitoramento da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações são essenciais para orientação dos processos de implantação e reformulação das práticas de saúde. Nessa perspectiva e diante do que já foi exposto, entendemos que a integração ensino-serviço-comunidade contribui para a formação de recursos humanos para a área da saúde e contribui para práticas que estimulam a participação social. Isso se concretiza a partir da vivência pelos estudantes das áreas da saúde nos mais variados contextos do SUS, no desenvolvimento de ações de educação em saúde dialógicas e centradas nas necessidades dos sujeitos e coletividade, entre outras ações.

No entanto, diante dessa complexa engrenagem que envolve o debate da integração ensino-serviço-comunidade, somado aos desafios inerentes da ESF, há necessidade de adequação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas profissionais verdadeiramente transformadoras (Brasil, 2018).

Considerações finais

A construção participativa das linhas de cuidado para os grupos prioritários identificados neste estudo tem por finalidade ampliar o cuidado na direção da integralidade em saúde e trabalhar na perspectiva da interprofissionalidade e transdisciplinaridade. Para tanto, faz-se necessário enfatizar a importância de se mobilizar diferentes sujeitos e campos do conhecimento, dentro e fora da área da Saúde. O diálogo sistemático e permanente com a comunidade ajuda no desenvolvimento de estratégias e ações capazes de responder aos principais problemas de saúde identificados nos territórios.

Destaca-se ainda que a utilização da metodologia da pesquisa-ação possibilitou a mobilização e participação da comunidade e demais atores envolvidos nesse processo. A participação do grupo

ao longo da pesquisa constituiu-se em uma atividade educativa e de transformação, na qual se observou a construção coletiva de um novo conhecimento, possível apenas pela interlocução com diferentes saberes e sentidos.

Na presente pesquisa, foi possível identificar diversas abordagens metodológico-conceituais do campo da Saúde Coletiva que auxiliam no desenvolvimento e análise e que podem fomentar práticas de saúde participativas, tais como planejamento; práticas dialógicas; interprofissionalidade; avaliação e monitoramento das ações; e a integração ensino-serviço-comunidade (IESC).

Conclui-se que a elaboração da Linha de Cuidado em Saúde Bucal para os públicos identificados constitui-se como um vetor capaz de aproximar serviço e ensino à realidade socio sanitária dos territórios e às necessidades em saúde da população, favorecendo uma maior integração entre ensino, serviço e comunidade. Sugere-se, no entanto, que outros estudos acompanhem a instituição e operacionalização dessas linhas de cuidado ao longo do tempo.

Referências

AMORIM, L. P. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre equipes no Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, v. 30, n.1, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Cien Saude Colet.*, v. 12, n. 6, p. 1697-1710, 2007.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saude Matern Infant*, v. 4, n. 3, set. 2004.

FORTE, F. D. S. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade em Odontologia: um estudo cultural. *Interface 24 (Botucatu)*, 2020.

FERREIRA, M. J. M.; VIANA JÚNIOR, M. M. A expansão do agronegócio no semiárido cearense e suas implicações para a saúde, o trabalho e o ambiente. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 58, jul./set. 2016.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde debate 43 (spe1)*, ago. 2019.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 58. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Cienc. Saúde coletiva*, v. 19, n. 2, fev. 2014.

ORLANDI, E. P. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes Editora, 2000.

PADILHA, R. C. W.; MACIEL, M. F. *Fundamentos da pesquisa para projetos de intervenção*. Paraná: Unicentro, 2015.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no Século XXI*. Salvador. Ed. Ufba, 2006.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2253-2262, 2013.

PUCCA JUNIOR, G. A. *et al.* Oral health policies in Brazil. *Braz Oral Res.*, v. 23 jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-83242009000500003>. Acesso em: 12 ago. 2019. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Superintendência de Planejamento em Saúde. Linha de Cuidado em Saúde Bucal. Santa Catarina, 2022. Conferir no original.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THOMPSON, J. B. *Ideologia e cultura moderna: teoria social e crítica na era dos meios de comunicação de massa*. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

Uso de cariostático no tratamento da cárie dentária em crianças da zona rural

um relato de experiência

*Emanuelle Albuquerque Carvalho Melo
Marcelo José Monteiro Ferreira*

Nosso ponto de partida

Durante o período de atuação como dentista Especialista em Odontopediatria e Doutoranda em Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde (UBS) Candeia São Sebastião, na zona rural da cidade de Baturité-Ceará-Brasil, observamos um cenário crítico de saúde bucal entre as crianças atendidas. A alta prevalência de cárie dentária nas crianças da região, aliada à dificuldade de acesso a tratamentos odontológicos adequados, evidenciou a necessidade urgente de medidas eficazes para controle da doença, pois cáries não tratadas em dentes decíduos levam a dor, sepse, disseminação da infecção e desnutrição devido à dificuldade para comer e, consequentemente, a uma saúde precária (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2016).

Muitos pais/responsáveis pertencentes à UBS Candeia São Sebastião enfrentavam dificuldades em compreender a importância da manutenção da saúde bucal na infância e a correta escovação dos dentes decíduos. Diante desse contexto, buscaram-se alternativas terapêuticas que fossem eficazes e acessíveis para a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A cárie dentária é considerada um flagelo global pela Organização Mundial da Saúde (OMS), iniciando-se em uma idade precoce. Nos últimos anos, o Fluoreto de Diamino de Prata (SDF) tem tido destaque, particularmente na odontopediatria, utilizado para prevenir o desenvolvimento de lesões cáries ou interromper sua progressão (Muntean *et al.*, 2024). Apesar de sua fácil aplicação e um excelente custo-benefício, existem poucos relatos do uso de Fluoreto Diamino de Prata (SDF) na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde.

O percurso trilhado

Por se tratar de um projeto envolvendo a participação de seres humanos, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante parecer de número 7.106.590.

Optou-se pela utilização do Fluoreto Diamino de Prata (nome comercial Cariestop® 30%) como ferramenta de tratamento, dada sua comprovada eficácia na paralisação da cárie dentária. O carios-tático escolhido contém ácido fluorídrico, nitrato de prata, hidróxido de amônia e água deionizada.

A aplicação do produto demonstrou potencial para aumentar a resistência do esmalte, inibir a degradação do colágeno e promover um efeito antibacteriano significativo, especialmente contra *Streptococcus Mutans* (Yamaga *et al.*, 1972; Zhao *et al.*, 2018). Vollú *et al.* (2019) e Dos Santos *et al.* (2012) aplicaram uma solução de 30% de Fluoreto Diamino de Prata (SDF), conhecida como Cariestop®, em molares decíduos, e os resultados desses estudos em lesões graves de cárie foram positivos, mostrando uma melhora significativa em lesões após seis e doze meses de acompanhamento.

Esse tratamento é uma alternativa eficaz, de baixo custo e menos invasiva, que pode reduzir o medo e a ansiedade em crianças pequenas e pode ser aplicado em ambientes comunitários. Revisões sistemáticas e meta-análises demonstram que o SDF é eficaz na prevenção e interrupção das lesões de cárie ativas em dentes decíduos.

O tratamento não invasivo promove a remineralização e modifica o biofilme na área da lesão, parando a perda progressiva de tecido dental. O flúor é essencial nesse tratamento, ajudando a prevenir e controlar a cárie tanto no esmalte quanto na dentina. Compostos à base de flúor, como o Fluoreto Diamino de Prata (SDF), têm mostrado boa eficácia nessa estratégia (Zaffarano *et al.*, 2022).

Os passos seguidos para a aplicação do Cariestop® 30% foram rigorosamente baseados no protocolo estabelecido pelo manual do fabricante e adaptados às condições da UBS. Iniciou-se com a preparação da superfície dentária, seguido pelo isolamento da área com vaselina e aplicação do produto com um *microbrush*.

O tempo de ação foi de dois a três minutos, seguido da remoção com água. Após a aplicação, realizou-se o acabamento e polimento, quando necessário, e os pacientes receberam orientações sobre cuidados pós-tratamento. Apesar de sua facilidade de uso, surgiram desafios, como o escurecimento irreversível das áreas tratadas e manchas na pele dos pacientes, que foram resolvidos com o uso de tintura de iodo, conforme orientações do manual.

Apesar das preocupações com a descoloração dos dentes, os altos níveis de satisfação sugerem que o SDF tem potencial como uma opção de tratamento eficaz. A educação dos pais influenciou significativamente as taxas de aceitação segundo pesquisas anteriores (Zuhar AL-Nerabieah *et al.*, 2024). Esse resultado foi repetido na UBS Candeia São Sebastião, pois foi observado que, com uma explicação clara aos pais ou responsáveis, esse produto foi bem recebido pela comunidade atendida.

A eficácia do Cariestop® 30% foi observada não apenas em termos clínicos, mas também na aceitação por parte dos pacientes e dos pais participantes deste relato de experiência. A aplicabilidade

do Cariestop® 30% mostrou-se promissora, demonstrando a necessidade de aplicação de um protocolo de expansão para que mais profissionais atuantes na Atenção Básica do Sistema de Saúde possam utilizá-lo e promover uma melhoria para crianças de famílias vulneráveis, especialmente as residentes na zona rural, local com maior dificuldade para tratamentos dentários.

Nosso ponto de chegada

Os resultados indicaram que o uso do cariostático Cariestop® 30% foi eficaz na paralisação da progressão da cárie dentária e na promoção da remineralização dos dentes decíduos. As aplicações proporcionaram uma redução na necessidade de procedimentos invasivos e uma melhora na saúde bucal das crianças, conforme evidenciado pela diminuição das lesões cáries e pela preservação da função mastigatória dos dentes tratados.

O estudo de Abdellatif *et al.* (2023) demonstrou que o Fluoreto Diamino de Prata combinado com Fluoreto de Sódio teve uma taxa de interrupção mais alta do que o Fluoreto Diamino de Prata sozinho, sendo essa diferença significativa em lesões moderadas, mas não em lesões avançadas. Dessa forma, seguindo o estudo citado, após a aplicação do Cariestop® 30%, foi realizado o uso do Fluoreto de Sódio disponível no posto.

Uma grande vantagem foi a facilidade de aplicação e aceitação das crianças, sem a necessidade do uso da caneta de alta e baixa rotação, evitando barulhos que poderiam traumatizar as crianças conforme demonstrado na Figura 1. Além disso, a observação da paralisação da cárie e a modificação do biofilme resultaram em uma superfície com um biofilme mais saudável.

A aplicação desse cariostático também estimulou a colaboração dos pais, que passaram a entender melhor e aceitar o tratamento odontológico. Observou-se uma mudança positiva no comportamento dos pais em relação à manutenção da saúde bucal das crianças, com uma melhoria visível na higiene bucal entre as consultas.

Figura 1 – Aplicação de Diamino Fluoreto de Prata em criança que não queria sentar na cadeira odontológica, com necessidade de tratamento dentário devido à presença de cárie, sem a utilização de instrumentos rotatórios e barulhos que contribuem para aumentar a ansiedade e o medo



A análise desse registro de experiência confirmou que o Cariestop® 30% pode ser uma solução eficiente com ótima relação custo-benefício para o tratamento de cáries em áreas de alta vulnerabilidade social. No entanto, a implementação prática enfrentou obstáculos devido à dificuldade de disponibilidade desse produto no mercado, que não é facilmente encontrado nas lojas de material odontológico no estado do Ceará.

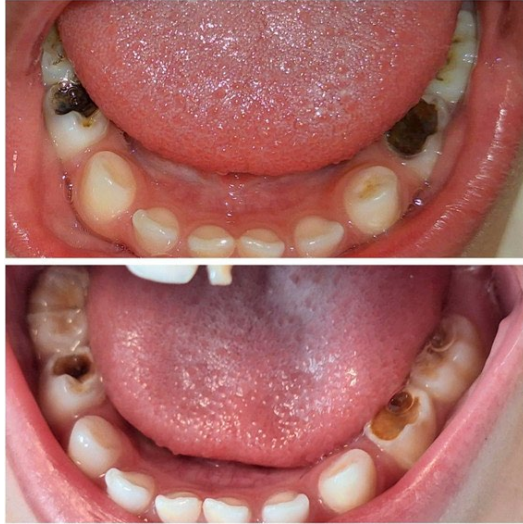
Outro desafio é explicar, de forma clara, aos pais/responsáveis que os dentes a serem tratados com o cariostático, que ficariam escurecidos, conforme as Figuras 3 e 4, eram dentes decíduos e seriam substituídos por dentes permanentes. Apesar da facilidade de uso do produto, é essencial um conhecimento profundo sobre a anatomia dentária para evitar a aplicação em dentes permanentes, já que o produto não pode ser removido da superfície dentária após a sua aplicação.

Além disso, foram observadas manchas na pele dos pacientes quando o produto entrava em contato por acidente, porém não eram dolorosas e não provocaram alergias. Algumas manchas foram removidas com tintura de iodo, enquanto outras desapareceram sozinhas após cinco a sete dias, dependendo da quantidade de lavagens da pele.

Figura 2 – Antes e Depois da aplicação do Diamino Fluoreto de Prata. São observadas lesões cariosas ativas na primeira foto, e, na segunda foto, observam-se lesões cariosas enegrecidas e inativas, evidenciando esmalte e dentina remineralizados



Figura 3 – Antes e Depois da aplicação do Diamino Fluoreto de Prata. São observadas lesões cáries ativas na primeira foto, e, na segunda foto, observam-se lesões cáries enegrecidas e inativas, demonstrando esmalte e dentina remineralizados



Encaminhamentos para a Prática

Desenvolver e implementar protocolos: elaborar protocolos de aplicação e acompanhamento do Cariestop® 30% em conformidade com as diretrizes da OMS e adaptados às realidades das Unidades Básicas de Saúde.

Capacitação profissional: promover treinamentos e *workshops* para dentistas da rede SUS sobre o uso e manejo de carióstáticos.

Acompanhamento e avaliação: realizar avaliações periódicas dos resultados clínicos e da aceitação do tratamento para ajustar práticas e protocolos conforme necessário.

Comunicação com pais e responsáveis: fortalecer as orientações e esclarecimentos sobre o tratamento com carióstáticos para pais e responsáveis, visando melhorar a adesão e a compreensão do tratamento.

Integração de protocolos: estabelecer parcerias com outras instituições de saúde e educação para ampliar o conhecimento sobre a eficácia dos cariostáticos e fomentar a inclusão de novos tratamentos no arsenal terapêutico.

Referências

ABDELLATIF, E. B.; EL KASHLAN, M. K.; EL TANTAWI, M. Silver diamine fluoride with sodium fluoride varnish versus silver diamine fluoride in arresting early childhood caries: a 6-month follow up of a randomized field trial. *BMC Oral Health*, v. 23, n. 1, p. 875, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-02530-2>. Acesso em: 7 ago. 2024.

ABELLATIF, E. B. *et al.* Silver diamine fluoride with sodium fluoride varnish versus silver diamine fluoride in arresting early childhood caries: a 6-month follow-up of a randomized field trial. *BMC Oral Health*, v. 23, n. 1, p. 875, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-02530-2>. Acesso em: 7 ago. 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. *Diretrizes para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria*. 3. ed. São Paulo: Santos Publicações, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CHIBINSKI, A. C. *et al.* Silver diamine fluoride has efficacy in controlling caries progression in primary teeth: A systematic review and meta-analysis. *Caries Research*, v. 51, n. 5, p. 527-541, 2017.

FUNG, M. H. T. *et al.* Arresting dentine caries with different concentration and periodicity of silver diamine fluoride. *JDR Clinical & Translational Research*, v. 1, n. 2, p. 143-152, 2016.

- MUNTEAN, A. *et al.* Silver diamine fluoride in pediatric dentistry: Effectiveness in preventing and arresting dental caries—A systematic review. *Children*, v. 11, n. 4, p. 499, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children11040499>. Acesso em: 7 ago. 2024.
- ROSENBLATT, A.; STAMFORD, T. C. M.; NIEDERMAN, R. Silver Diamine Fluoride: A Caries “Silver-Fluoride Bullet”. *Journal of Dental Research*, v. 88, n. 2, p. 116-125, 2009.
- SANTOS, V. E. *et al.* Paradigm shift in the effective treatment of caries in schoolchildren at risk. *International Dental Journal*, v. 62, p. 47–51, 2012.
- SAVAS, S. *et al.* Effects of different antibacterial agents on enamel in biofilm caries model. *Journal of Oral Science*, v. 57, n. 4, p. 367-372, 2015.
- VOLLÚ, A. L. *et al.* Efficacy of 30% Silver Diamine Fluoride Compared to Atraumatic Restorative Treatment on Dentine Caries Arrestment in Primary Molars of Preschool Children: A 12-Months Parallel Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Dentistry*, v. 88, p. 103165, 2019.
- YAMAGA, R. *et al.* Diammine silver fluoride and its clinical application. *Journal of Osaka University Dental School*, v. 12, p. 1-20, 1972.
- ZAFFARANO, L. *et al.* Silver Diamine Fluoride (SDF) Efficacy in Arresting Cavitated Caries Lesions in Primary Molars: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 12, p. 12917, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912917>. Acesso em: 7 ago. 2024.
- ZHAO, I. S. *et al.* Mechanisms of silver diamine fluoride on arresting caries: a literature review. *International Dental Journal*, v. 68, n. 2, p. 67-76, 2018.

ZHI, Q. H.; LO, E. C. M.; LIN, H. C. Randomized clinical trial on effectiveness of silver diamine fluoride and glass ionomer in arresting dentine caries in preschool children. *Journal of Dentistry*, v. 40, n. 11, p. 962-967, 2012.

ZUHAR AL-NERABIEAH, M. *et al.* Parental satisfaction and acceptance of silver diamine fluoride treatment for molar incisor hypomineralisation in pediatric dentistry: a cross-sectional study. *Scientific Reports*, v. 14, p. 4544, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-55456-0>. Acesso em: 7 de ago. 2024.

Acesso aos serviços de saúde em território brasileiro por populações rurais

uma revisão integrativa da literatura

Adriana Oliveira Souza De Tullio
Marcelo José Monteiro Ferreira

Introdução

As populações do campo, das florestas e das águas, historicamente, enfrentam um cenário de negligência e invisibilidade na garantia de seus direitos sociais no Brasil. Dificuldades no acesso à educação, ao saneamento básico e aos serviços de saúde marcam essa realidade (Medeiros *et al.*, 2018). Apesar disso, nos últimos anos, é possível verificar maior visibilidade na questão do acesso aos serviços de saúde das populações do campo, florestas e águas. No ano de 2011, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria n° 2.866, de 2 de dezembro de modo a atender às necessidades de atenção à saúde dessa população (Brasil, 2013).

O Programa Mais Médicos (PMM) também age nesse sentido. Foram incorporados mais de dezoito mil médicos, distribuídos em 73% dos municípios brasileiros. Com isso, em diversos municípios, houve melhoras significativas em diversas dimensões do acesso, tais como a ampliação do número de consultas, a diminuição da fila de espera, bem como a ampliação do quantitativo de visitas domiciliares (Lapa, 2018). Todavia, ainda persistiram desafios que precisavam ser corrigidos, tais como a orientação dos serviços de saúde com base nas demandas e especificidades dos territórios (Lapa, 2018).

Por outro lado, no ano de 2018, aproximadamente 8.300 médicos deixaram o PMM, agravando ainda mais a dificuldade para o acesso aos serviços de saúde de diversas populações. Levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) demonstrou que a saída desses profissionais deixou um total de 284 municípios brasileiros de dezenove estados sem qualquer cobertura de Atenção Primária (Andrade Júnior, 2019).

Destaca-se que 77% dessas áreas descobertas estão localizadas no Amazonas, impactando negativamente as populações das florestas e das águas. Para serem atendidos, passaram a ter que percorrer distâncias de até oitenta quilômetros para atenção básica ou terciária, não havendo cobertura sanitária de média e alta complexidade (Agência efe, 2018).

A pouca visibilidade das demandas de acesso aos serviços de saúde por parte das populações do campo, das águas e das florestas evidencia-se também no âmbito acadêmico-científico. São poucos os estudos que buscaram problematizar a situação de saúde dessas populações (Pessoa *et al.*, 2013).

O que se verifica é que as pesquisas estão concentradas na análise da qualidade do atendimento, na contaminação por agrotóxicos, na especificidade de situação de saúde de determinado público (Rückert; Cunha; Modena, 2018; Burille; Gerhardt, 2019). Em contrapartida, a literatura ainda é escassa na abordagem da questão do acesso aos serviços de saúde pelas populações do campo, das águas e das florestas.

Diante dessa problemática evidenciada, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar e analisar a produção científica sobre o acesso a serviços de saúde pelas populações rurais, enfocando nas populações das águas em território brasileiro, considerando os fatores implicados nesse acesso.

Materiais e métodos

Utilizou-se a técnica da revisão integrativa da literatura, por meio da construção de análise constituída a partir de seis etapas: (I) elaboração da pergunta norteadora; (II) busca e/ou amostragem na literatura; (III) coleta de dados; (IV) análise crítica dos estudos selecionados; (V) discussão dos resultados; (VI) apresentação da revisão integrativa, visando obter um melhor entendimento sobre a temática baseada em estudos anteriores (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

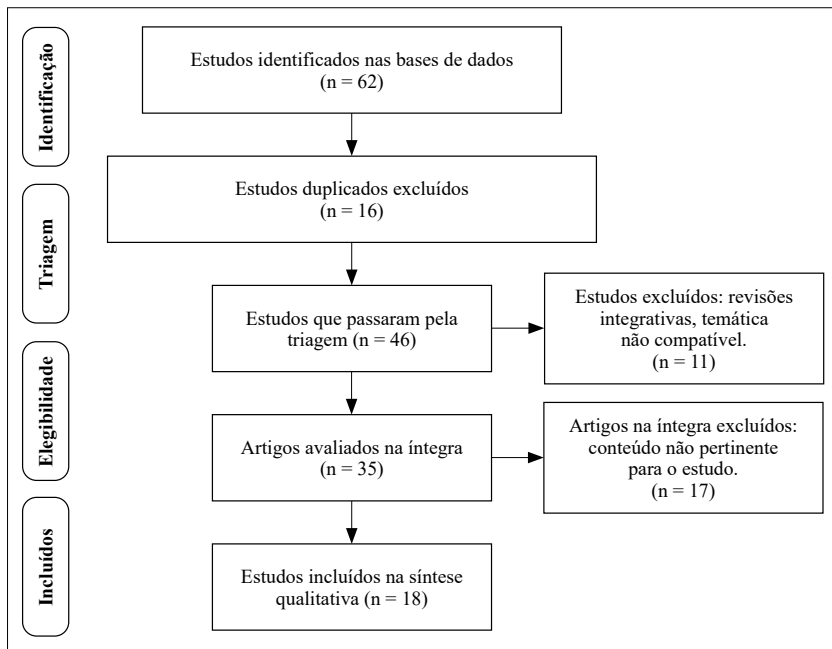
Na primeira etapa da Revisão Integrativa, estabeleceu-se a delimitação dos objetivos e da questão orientadora a partir da seguinte pergunta de partida: quais os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde pelas populações rurais?

A segunda etapa constituiu-se da identificação de artigos científicos, teses, dissertações e/ou monografias sobre a referida temática. Para tanto, utilizou-se dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Acesso aos serviços de saúde “Health services accessibility”, População Rural “Rural population” e Brasil “Brazil”. Salienta-se que o descritor “população rural” abrange populações das águas, florestas e campo. Além disso, considerou-se apenas o operador booleano “and”. Foram pesquisadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); e na US National Library of Medicine (PubMed).

Foram incluídos os estudos publicados na íntegra no período de 2014 a 2019, no idioma português, inglês e espanhol. O critério para a escolha do período temporal foi a atualização por meio de decreto da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do

Campo, da Floresta e das Águas, tendo essa última população sido acrescentada no ano de 2014. Excluíram-se os estudos cujos textos não estavam disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas. Dos 62 estudos localizados, 44 foram excluídos por duplicidade, por serem revisão integrativa ou por não terem sido considerados pertinentes para construção deste estudo (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de descrição do processo de seleção dos estudos PRISMA



Fonte: elaborada pelos autores.

A terceira etapa da Revisão Integrativa tratou da análise crítica dos manuscritos selecionados. Comprovada a adequação ao objeto desta pesquisa, procedeu-se com o registro das seguintes informações em formulário elaborado por Ursi (2005): título do periódico, autores, ano da publicação, idioma, base de dados, região/país do estudo, objetivos, métodos, resultados e conclusões.

Para a análise e interpretação dos resultados, que contemplam a quarta e quinta etapa da revisão, os artigos foram lidos e avaliados por dois pesquisadores, como forma de reduzir o viés de seleção, considerando categorias temáticas de acordo com os resultados buscados nesta pesquisa: acessibilidade; relação profissional-paciente; qualidade dos serviços; e outros resultados relevantes. Os resultados serão apresentados a seguir.

Resultados

No ano de 2014, não foram encontradas publicações. Nos anos seguintes, a produção foi distribuída da seguinte forma: 16,7% publicados em 2015; 11,1% em 2016; 11,1% em 2017; 44,4% em 2018; e 16,7% em 2019. Verificou-se que 88,9% dos estudos selecionados foram publicados em língua portuguesa e 11,1% em língua inglesa. Em relação aos periódicos de publicação dos artigos, verificou-se que 68,7% são revistas vinculadas à área de Saúde Pública; 6,2% na área de Psicologia; e 25% Enfermagem. Com relação ao *qualis* das revistas, 62,5% dos periódicos estão classificados entre A1 e B1. As teses selecionadas foram apresentadas aos cursos de Saúde Coletiva e Odontologia Preventiva e Social (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos artigos por autor, ano, título e revista de publicação

ID	Autor (ano)	Título	Nome do periódico	Qualis do periódico
1	Ruiz, Santos e Gerhardt (2016)	Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a saúde da população rural em destaque.	Physis, Revista de Saúde Coletiva	B1
2	Lima <i>et al.</i> (2019)	Qualidade do cuidado: avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil.	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	B2
3	Ponnet <i>et al.</i> (2019)	Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do <i>Primary Care Assessment Tool-Brazil</i>	Einstein: Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein	B1
4	Nascimento (2018)	Ações das equipes volantes de CRAS no interior do Rio Grande do Norte.	Estudos de Psicologia	A1
5	Miranda <i>et al.</i> (2019)	Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à Atenção Primária à Saúde.	Trabalho, Educação e Saúde	B2
6	Garnelo <i>et al.</i> (2018)	Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na Região Norte do Brasil.	Saúde em Debate	B2
7	Gama <i>et al.</i> (2018)	Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil.	Cadernos de Saúde Pública	A2
8	Costa <i>et al.</i> (2017)	Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde.	Revista Gaúcha de Enfermagem	A2
9	Burille e Gerhardt (2018)	Experienci(a)ções de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais	Physis: Revista de Saúde Coletiva	B1
10	Borth <i>et al.</i> (2018)	Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços.	Revista Brasileira de Enfermagem	A2

Fonte: elaborada pelos autores.

Cerca de 11,1% dos estudos identificados foram de abrangência nacional. No âmbito regional, a maioria das pesquisas concentrou-se na região Sul e Centro-Oeste do país. As regiões Norte e Nordeste apresentaram 16,7% e 11,1% do total da produção científica, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos artigos por objetivo, cenário, metodologia e sujeitos da pesquisa D

D	Objetivo	Local da pesquisa	Metodologia	Sujeito
1	Analisar, sob a perspectiva da Teoria da Dádiva, as implicações da mediação realizada pelos profissionais da saúde entre o usuário rural e as Políticas de Saúde.	São Lourenço do Sul e Canguçu-RS	Estudo qualitativo de cunho etnográfico.	Dez adoecidos crônicos adultos e idosos rurais (seis mulheres e quatro homens) e doze profissionais de saúde que atuam no atendimento à população rural nos municípios.
2	Avaliar a Atenção Básica quanto aos insumos, imunobiológicos e medicamentos disponibilizados nos serviços de saúde da família de município de Minas Gerais, Brasil	Montes Claros-MG	Estudo transversal analítico.	75 equipes de saúde da família cadastradas em 2014 no município de Montes Claros, sendo que, 64 prestavam serviços à população residente na área urbana e onze às comunidades rurais.
3	Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde prestados às crianças e a viabilidade de usar a versão brasileira da <i>Primary Care Assessment Tool</i> (PCAT-Brazil) como ferramenta rotineira de avaliação da qualidade.	Joanópolis-SP	Estudo transversal de abordagem quantitativa.	Sete profissionais de saúde e 502 responsáveis legais de crianças.
4	Investigar como as ações das equipes volantes de CRAS respondem às demandas de seus territórios de abrangência no Rio Grande do Norte.	Sete municípios do interior do Rio Grande do Norte	Estudo de campo de abordagem qualitativa.	Profissionais da saúde de oito equipes volantes de Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).
5	Compreender as principais necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente a uma equipe de Atenção Primária à Saúde, Japonvar, MG, Brasil.	Japonvar- MG	Estudo qualitativo, guiado pela abordagem hermenêutica-dialética.	41 homens, na faixa etária de dezoito a sessenta anos, que desempenhavam o trabalho rural como principal atividade por um período mínimo de um ano e que estivessem cadastrados na equipe de APS da comunidade rural de Nova Minda, no município de Japonvar.

6	Discutir o acesso e a cobertura da APS ofertada às populações rurais e urbanas que vivem nos sete Estados da Região Norte do Brasil, a partir de indicadores socioeconômicos e sanitários e dados da avaliação externa do segundo ciclo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	Estados da Região Norte do Brasil.	Estudo transversal de abordagem quantitativa.	Banco de dados de acesso público do PMAQ-AB ciclo 2.
7	Apresentar os principais aspectos metodológicos e descrever as características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos ribeirinhos de Coari, Amazonas, Brasil.	Coari-AM	Estudo transversal de base populacional.	492 ribeirinhos residentes na zona rural do Município de Coari, no período de abril a julho de 2015.
8	Analisar o acesso e a acessibilidade à rede de atenção às mulheres em situação de violência, residentes em contextos rurais, a partir dos discursos de profissionais.	Cidades de Palmeira das Missões, Frederico Westphalen, Jaboticaba e Palmitinho-RS	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa.	26 profissionais que atuavam na rede de serviços e de apoio ao enfrentamento da violência contra mulheres rurais dos municípios.
9	Analisar relações sociais estabelecidas no viver o envelhecimento e a situação de adoecimento crônico entre homens residentes em um meio rural.	Vale da Luz-RS	Estudo qualitativo de cunho etnográfico.	Dez homens com sessenta anos ou mais.
10	Identificar os serviços constituintes da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres rurais em municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul e analisar a articulação e a comunicação dos serviços na busca da resolutividade das situações de violência.	Quatro municípios do Rio Grande do Sul.	Descritivo com abordagem qualitativa.	26 profissionais gestores e/ou responsáveis por serviços da rede de enfrentamento, sendo dezoito (69%) mulheres e oito (31%) homens.
11	Investigar os fatores associados à depressão para homens e mulheres.	Vitória da Conquista-BA.	Estudo populacional, transversal.	764 participantes associados selecionados aleatoriamente em cinco comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.
12	Analisar os fatores determinantes do acesso e das desigualdades de acesso à saúde entre áreas urbanas e rurais nos anos de 1998 a 2008.	Estados brasileiros com exceção do Acre, Amapá, Amazonas, Rondônia, Roraima e Pará.	Estudo transversal de abordagem quantitativa.	Dados do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

13	Analisar quais são os principais determinantes do acesso aos serviços de saúde pela população idosa (60 anos ou mais) a partir do suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008 no Brasil.	Todos os estados brasileiros. Até 2004, o PNAD não considerava os estados da Região Norte.	Estudo transversal de abordagem quantitativa.	Dados do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).
14	Analisar a rede de assistência médica de emergência no Brasil, concentrando a análise nos papéis dos pequenos hospitais aceitos em 10 de julho de 2017.	Estados brasileiros	Estudo ecológico transversal.	Os dados foram coletados em 9.429 hospitais, dos quais 3.524 eram pequenos hospitais e 5.905 eram centros de alta complexidade.
15	Identificar as principais morbidades que acometem a população rural de municípios do oeste de Santa Catarina e como essa população tem utilizado os serviços de saúde.	Municípios do oeste de Santa Catarina.	Estudo transversal descritivo.	90 moradores da zona rural do oeste de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado.
16	Avaliar o Índice de Responsividade das unidades Estratégia Saúde da Família da zona rural do Distrito Federal cadastradas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.	ESF localizadas na zona rural do Distrito Federal participantes do PMAQ-AB.	Estudo descritivo exploratório.	382 usuários da ESF, sendo, destes, 92 da área rural.
17	Avaliar os determinantes contextuais e individuais e os mecanismos da utilização dos serviços odontológicos no Brasil por adultos.	Brasil	Análise quantitativa multigrupos.	Dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e avaliados os desfechos de não utilização e intervalo de tempo desde a última consulta dentre aqueles que já haviam ido ao dentista.
18	Verificar os hábitos alimentares e de higiene, o comportamento social, consumo de álcool e tabaco, Índice de Massa Corpórea (IMC), condição de saúde bucal, necessidade de tratamento odontológico, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes de assentamento rural no Brasil, frente à iniquidade de acesso aos serviços odontológicos.	São Paulo	Estudo epidemiológico transversal	179 adolescentes de um epidemiológico assentamento rural.

Fonte: elaborada pelos autores.

Sobre o enfoque metodológico, mais da metade dos estudos (61,1%) utilizou a abordagem quantitativa do tipo transversal. Em relação aos sujeitos da pesquisa, identificou-se uma predominância da percepção dos profissionais de saúde que lidam com trabalhadores da área da saúde e que atuam em áreas rurais. Apenas dois estudos levaram em consideração as experiências dos usuários: Gama *et al.* (2018), que teve como sujeitos 492 ribeirinhos residentes na zona rural do Município de Coari-AM; e Kessler *et al.* (2016), que realizaram o estudo com noventa moradores da zona rural do oeste de Santa Catarina (Tabela 2).

Aproximadamente 61% dos estudos abordaram alguma dimensão do acesso aos serviços de saúde nas populações rurais. Dentre eles, os enfoques mais prevalentes foram relacionados ao deslocamento e acessibilidade (Tabela 3).

Analisando os artigos selecionados quanto às recomendações para a melhoria do acesso aos serviços de saúde, verificou-se que 41,6% dos autores apontaram a necessidade de reformulação das políticas públicas voltadas para essas populações, com enfoque para as especificidades de cada território. Também destacaram a importância de considerar os diferentes públicos existentes nessas localidades, como a saúde da mulher, a saúde do homem, os agravos ocupacionais e os problemas decorrentes da falta de saneamento básico (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos artigos por resultados encontrados em relação ao acesso aos serviços de saúde (acessibilidade e relação profissional-paciente)

ID	Acessibilidade	Relação profissional-paciente
1	No município em estudo, sem ESF instalada no rural, os usuários buscavam serviços no urbano, principalmente em função do vazio assistencial instalado. [...] no município com ESF instalada, houve relatos dos profissionais de que as pessoas se deslocavam até o urbano para receber atendimento, mesmo havendo pessoal para atendê-las.	[...] as distâncias não são unicamente de ordem geográfica, elas dizem respeito às dificuldades dos profissionais em estabelecer relações com os usuários, capazes de reconhecer, valorizar e incorporar em suas ações as identidades e particularidades conformadas no rural. Os usuários valorizam, além da disponibilidade de serviços no território, a disponibilidade e presteza com que os profissionais os atendem.
2	[...] as unidades rurais se concentraram na classificação “regular”, nenhuma obteve classificação “muito satisfatória”.	[...] os resultados da autoavaliação das equipes da ESF, desta pesquisa, realçam a necessidade de mais ações direcionadas à qualificação do cuidado.
3	A acessibilidade foi considerada baixa (4,09).	O atributo de integralidade foi positivo para o componente de serviços disponíveis (7,20) e quase positivo para os serviços oferecidos (6,23). A orientação familiar apresentou escore menor (2,04) e a orientação comunitária estava quase ausente (0,01).
4	São territórios muito extensos e de difícil acesso, onde há comunidades, assentamentos e sítios bastante espalhados.	Por haver muitas comunidades espalhadas pelo território e as equipes não conseguirem visitá-las constantemente, a comunicação e o vínculo das profissionais com os usuários ficam prejudicados. Então, elas contam com parcerias com atores sociais locais, como lideranças comunitárias e agentes de saúde para levar informações às famílias e para mediar os atendimentos aos usuários.
5	A atenção especializada é, comprovadamente, mais cara e, portanto, menos acessível para os indivíduos.	–
6	[...] a cobertura assistencial de equipes sediadas em área rural/urbana e urbana que declararam atender a populações rurais foi de 83,3%. Coberturas entre 90-100% foram encontradas para o Acre, o Amapá, Roraima e o Tocantins. Menores percentuais foram encontrados no Pará (50,5%) e no Amazonas (60,5%). A extensão de cobertura encobre barreiras de acesso geográfico ligadas à concentração de equipes da Estratégia Saúde da Família nos espaços urbanos, situação que se estende a 451 (25,3%) unidades e a 494 (22,9%) equipes encarregadas do atendimento de populações rurais, mas que atuam em espaço urbano.	Usuários das equipes que atendem populações rurais, em especial das equipes sediadas, de fato, em área rural, relataram maior percentual (53%) de acolhimento à demanda espontânea e maior satisfação (79%) com o atendimento recebido.

ID	Acessibilidade	Relação profissional-paciente
7	Dentre esses aspectos, o estudo apontou que os indivíduos percorrem em média 60,4km e demoram cerca de 4,2 horas para acessar a zona urbana, onde têm acesso aos serviços de saúde.	-
8	A subcategoria “Distância, acesso restrito ao transporte e a dependência do companheiro” foi considerada pelos participantes como fator que dificulta a acessibilidade da mulher à rede de atenção, pois o local onde vivem fica longe dos recursos de apoio sociais e institucionais.	Ao se analisar os resultados encontrados, constata-se que a ausência de informação, evidente neste estudo, é condição integrante do universo de muitas mulheres que vivem no campo, e isso se deve, talvez, à ausência de meios de comunicação e também de políticas e programas municipais educativos.
9	Um dos profissionais também relatou a dificuldade das mulheres rurais em chegar aos serviços da rede, tendo em vista a ausência de meios de locomoção até o contexto urbano, onde esses serviços se concentram.	Evidenciou-se que o reconhecimento pelo amor atua como modulador do cuidado biológico nas condições crônicas, mas gera sofrimento ao marcar a invulnerabilidade e a autossuficiência parcial no envelhecimento. No reconhecer pelo direito, enfatizaram-se a aposentadoria e o acesso aos serviços de saúde.
10	Quanto maior o nível de complexidade diagnóstica, maior a dificuldade de acesso para os moradores de populações carentes ou rurais. Dadas as precárias condições de acesso aos serviços de saúde da população quilombola, a necessidade de consulta com médico especialista e/ou de exames complementares pode privar uma parcela importante da população de um diagnóstico e tratamento necessários.	As identidades – colono, trabalhador e alemão – constituíram categorias de estima e de solidariedade, sobretudo em situações de adoecimento. Este estudo revela que as realidades dos serviços no cenário rural ainda necessitam de um olhar plural, refletindo a necessidade de uma remodelagem das práticas de atenção.
11	A declaração de dificuldades de locomoção também é menos frequente nas áreas rurais: 18% das pessoas sem dificuldades para subir ladeiras ou escadas residiam nas áreas rurais em 2008, contra 14% das pessoas com total ou grande dificuldade. Apesar disso, apenas 10% dos residentes rurais com grande ou total dificuldade procuraram o serviço de saúde em 2008, contra 27% daqueles sem dificuldades.	-
12	Para a busca por tratamentos preventivos, existe uma probabilidade maior de 1,6% para homens e 2,7% para mulheres urbanas procurarem os serviços de saúde do que os residentes nas áreas rurais. Certamente, não é difícil corroborar que a falta de transporte e a distância diminuem a busca por tratamentos aos centros de saúde por parte da população rural.	-

ID	Acessibilidade	Relação profissional-paciente
13	Mais de 14 e 30 milhões de pessoas estavam a pelo menos 120km de distância dos centros de saúde com unidade de terapia intensiva para adultos (UTI) e UTI pediátrica, respectivamente. Para distribuição de cuidados neonatais, 12% da população estavam a mais de 120km de distância de um estabelecimento de saúde com uma UTI neonatal. A situação das maternidades é diferente de outras especialidades, onde 81% da população brasileira total estavam dentro de uma hora ou menos desses estabelecimentos de saúde.	-
14	Mais de 14 e 30 milhões de pessoas estavam a pelo menos 120km de distância dos centros de saúde com unidade de terapia intensiva para adultos (UTI) e UTI pediátrica, respectivamente. Para distribuição de cuidados neonatais, 12% da população estavam a mais de 120km de distância de um estabelecimento de saúde com uma UTI neonatal. A situação das maternidades é diferente de outras especialidades, onde 81% da população brasileira total estavam dentro de uma hora ou menos desses estabelecimentos de saúde.	-
15	Ressalta-se que 42 (46,7%) pessoas referiram fatores impeditivos para a busca do cuidado à saúde, dentre estes, 25,6% citaram o trabalho – referindo-se à extensa jornada de trabalho, 17,8% referiram a falta de tempo, e 3,3% o estresse.	Constatou-se, ainda, que 53 (58,9%) dos indivíduos não procuravam por necessidade de maiores informações sobre a saúde
16	-	Da dimensão voltada para o respeito pelas pessoas, a categoria “comunicação” obteve índice 0,790, considerado bom. Essa categoria referia-se à frequência com que os usuários buscavam informações nas Unidades ESF, à facilidade de obter as informações desejadas, e se os médicos e enfermeiros davam atenção aos seus problemas, com explicação sobre a doença e o tratamento. Outra dimensão analisada na Tabela 2 foi a orientação para o cliente/usuário, que obteve o índice 0,599. Nesta dimensão, a categoria “apoio social” alcançou índice de 0,805, considerado muito bom.
17	Foi encontrada maior proporção de indivíduos que nunca haviam ido ao dentista entre os residentes em áreas rurais, além de um contato há maior tempo com o serviço entre aqueles que já haviam se consultado.	O estudo revelou possibilidades de intervenção para reduzir as desigualdades no uso de serviços de saúde bucal, incluindo o desenvolvimento de novas estratégias e fortalecimento das ações existentes para a inclusão ativa de grupos com menor acesso aos serviços odontológicos, incluindo homens, idosos, pretos, pardos e indígenas, bem como indivíduos com baixa escolaridade e renda.
18	A dificuldade no acesso culmina no agravamento das afecções dentárias, prejudicando a mastigação e a vida social dos adolescentes, necessitando de aprimoramento dos trabalhos educativos e preventivos.	-

Fonte: elaborada pelos autores.

Importante mencionar, ainda, que 25% dos autores destacaram a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com as peculiaridades da população, com vistas à melhoria da comunicação, bem como do olhar atento e compreensível em relação às suas necessidades. Salienta-se que 16,6% dos autores ainda mencionaram a necessidade de aumento no número de profissionais que atendem a essa população, considerando-a como uma das principais problemáticas de acesso aos serviços de saúde (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos artigos por resultados encontrados em relação ao acesso aos serviços de saúde (qualidade dos serviços e outros resultados relevantes)

ID	Qualidade dos serviços	Outros resultados relevantes
1	–	–
2	Na zona rural, somente uma unidade classificou-se como “satisfatória”, todas as outras foram classificadas em padrão de qualidade “regular”.	Nesta pesquisa, registrou-se uma baixa média de pontuação das equipes para suficiência e regularidade na disponibilidade de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, bem como sobre o monitoramento e controle de estoque e conservação desses medicamentos.
3	Os responsáveis avaliaram a qualidade geral dos serviços de APS disponibilizados para seus filhos como insatisfatório: o escore geral de APS foi de 5,62.	–
4	–	Devido à falta de infraestrutura e quantidade de comunidades rurais espalhadas pelos territórios, a presença das equipes nas áreas rurais se torna esporádica, fragilizando a continuidade das ações. O conhecimento das profissionais sobre a realidade dos territórios é precário, pois a busca pelas demandas é assistemática. Entretanto, algumas equipes realizam ações que buscam romper com os limites e práticas assistencialistas.
5	–	A baixa variedade de medicamentos em equipes de saúde situadas em zona rural representa um grande desafio para a integralidade do cuidado.
6	–	Dificuldades para o agendamento em qualquer dia e horário foram identificadas para o conjunto da Região Norte (em média, apenas 49% das equipes consegue efetivar esse tipo de agendamento).

ID	Qualidade dos serviços	Outros resultados relevantes
7	-	Parece que o uso de medicamentos alopatócos constitui uma alternativa aos serviços de saúde para essa população. Embora os efeitos dos medicamentos sejam amplamente reconhecidos, seu uso inapropriado pode ocasionar problemas à saúde. (Des) informação das mulheres, distância, acesso restrito ao transporte, dependência do companheiro, (des)atenção dos profissionais para acolher as mulheres em situação de violência e (des)articulação da rede são fatores limitantes do acesso e têm como consequência o não enfrentamento dessa problemática.
8	A subcategoria “(des)atenção dos profissionais e (des) articulação da rede” está relacionada ao despreparo dos profissionais que atendem as mulheres que buscam os serviços. Os participantes deste estudo observam como limite a percepção de alguns profissionais alicerçada na concepção de que o problema não é de caráter público, ainda que façam parte desses serviços.	-
9	A garantia de acesso aos serviços de saúde – validada pelas condicionalidades programadas aos idosos – constitui outra forma de reconhecimento pelo direito. Todavia, nos relatos, evidenciou-se que isso não parece ser suficiente para produzir cuidado, sobretudo se as práticas profissionais não levarem em conta os contextos geracionais, de gênero e de cenário de vida. Embora não se justifique no cotidiano, frequentemente, os profissionais são tomados pela lógica produtivista – em que números são indicadores de qualidade – e por evidências científicas homogeneizantes que colocam pessoas diferentes nas mesmas condições.	-
10	-	Os profissionais atuantes nos serviços enfrentam dificuldades de comunicação na equipe, entre a equipe e as mulheres e entre os diferentes serviços da rede de enfrentamento. Acrescentam-se a esse rol de desafios a distância geográfica, a pouca disponibilidade de transporte coletivo e próprio/ individual e de rede de comunicação, o que limita o acesso das mulheres, resultando em atenção pouco resolutiva.
11	-	-

ID	Qualidade dos serviços	Outros resultados relevantes
12	-	Um resultado relevante é o percentual extremamente baixo de pessoas nas áreas rurais com direito a algum plano privado de saúde: apenas 8% contra 33% das áreas urbanas em 2008. Também é muito baixo o percentual de pessoas com planos cobrindo internações hospitalares nas áreas rurais: 4% das pessoas com cobertura nas áreas rurais e 19% nas áreas urbanas.
13	A quase totalidade dos homens e mulheres idosas conseguiu ser atendido pela primeira vez quando procurou atendimento. Ademais, mais de 80% consideraram esse atendimento bom ou muito bom, enquanto, para a minoria que não conseguiu ser atendida, falta de vaga ou de médicos estavam entre os principais motivos.	Quanto à posse de um ou mais planos de saúde, ao observar qualquer ano da amostra selecionada, cerca de 27-28% dos idosos, responderam sim.
14	-	Embora essa organização não seja facilmente executada de um ponto de vista pragmático, nossos resultados destacam como é necessária uma análise combinada entre diferentes serviços para consolidar um sistema de saúde equitativo. Um percentual significativo apresentava alguma doença no momento do estudo, prevalecendo os problemas músculo-articulares (25,6%) e na coluna vertebral (23,2%).
15	-	A maioria utilizou algum serviço de saúde nos últimos dois anos, no entanto 20% não procurou por serviços de atenção primária anualmente. Somente a metade realiza exames preventivos e busca por informações em saúde, com maior prevalência entre as mulheres.
16	A outra categoria dessa segunda dimensão foi referente às instalações, as perguntas se remetiam à limpeza e ao conforto do local de espera, consultórios, sala de reuniões e banheiros e obteve o valor de 0,653, portanto, regular. Quanto à agilidade no atendimento, as perguntas estavam relacionadas à quantidade de dias necessários para conseguir marcar uma consulta, ao tempo de espera para atendimento nas consultas marcadas e ao tempo para o usuário receber o resultado dos exames de laboratórios. Essa dimensão recebeu valor do índice de 0,609, caracterizando-se como regular.	O “respeito à autonomia” também foi classificado como regular (0,664) e avaliou se o usuário foi informado sobre a opção de tratamento pelo médico e/ou pela enfermeira, e se lhe era permitido fazer perguntas e decidir sobre o tipo de tratamento.
17	-	-

ID	Qualidade dos serviços	Outros resultados relevantes
18	-	53,3% dos entrevistados consultaram um cirurgião-dentista no último ano. Houve associação entre dor e alta prevalência de cárie ($p = 0,0011$). A ingestão de comidas calóricas e escovação dentária realizada uma vez/dia estiveram associadas ao sangramento gengival ($p = 0,0465$; $p = 0,0172$, respectivamente), resultando em insatisfação com a saúde bucal ($p = 0,0082$). Houve associação entre cárie e falta de escovação ($p = 0,0001$), causando dificuldade para mastigar ($p = 0,0098$) e vergonha ao sorrir ($p = 0,001$).

Fonte: elaborada pelos autores.

Discussão

A produção científica sobre o acesso aos serviços de saúde pelas populações do campo, floresta e águas ainda é escassa. São poucos os estudos que se ocuparam em analisar e propor iniciativas para melhorar a qualidade do acesso aos serviços de saúde.

Quanto às abordagens metodológicas, verificou-se o predomínio dos estudos epidemiológicos. A partir do uso desse método, é possível obter um diagnóstico mais preciso sobre as potencialidades e desafios na prestação de serviços de saúde à população.

Por outro lado, evidenciou-se um baixo percentual de estudos que incorporaram a opinião das populações rurais no seu escopo. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de metodologias capazes de captar a opinião não apenas dos profissionais de saúde, como também dos usuários, sobretudo quando se trata das populações do campo, florestas e águas, devido às especificidades nos seus modos de vida e necessidades de saúde.

Outro caminho a ser explorado encontra-se no arcabouço dos estudos com enfoque qualitativo da pesquisa, como Ruiz *et al.* (2013), que demonstraram, a partir desse enfoque, a necessidade de capacitação profissional para lidar com as especificidades dessas populações. Os autores evidenciaram ainda a necessidade de ultrapassar as questões

técnicas e biomédicas, visto que estigmas junto aos usuários têm contribuído como dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde.

Uma das principais limitações para o acesso aos serviços de saúde na população rural ainda reside nas barreiras geográficas. Dentre elas, destaca-se a distância percorrida até os serviços de saúde, problemas de mobilidade, locais de moradia de difícil acesso ao mesmo, até a falta de conhecimento sobre o processo saúde-doença. Essa problemática pode ser ainda maior, tendo em vista os poucos estudos realizados nas regiões Norte e Nordeste do país.

No estudo realizado por Rocha *et al.* (2017), a distância foi apontada como uma grande barreira para o acesso aos serviços de emergência. Em seus resultados, foi evidenciado que mais de 14 milhões de pessoas estavam a pelo menos 120 quilômetros de distância dos centros de saúde com unidade de terapia intensiva para adultos (UTI), e mais de 30 milhões estavam a essa mesma distância de uma UTI pediátrica. Além disso 12% da população que demandavam cuidados neonatais encontravam-se a mais de 120 quilômetros de distância de um estabelecimento de saúde com uma UTI neonatal.

Esses resultados diferem do estudo realizado por Lima *et al.*, (2019). De acordo com os autores, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ao comparar o acesso entre a população urbana e rural de Minas Gerais. Todavia, os autores destacam que a qualidade dos serviços oferecidos apresenta diferença, com a quase totalidade das unidades de atendimento à população rural sendo avaliadas como em situação regular. Somente uma apresentou resultado satisfatório quando comparado com 92,9% das unidades de atendimento às populações urbanas.

A precariedade dessa situação ficou mais evidenciada principalmente pela falta de medicamentos, vacinas e materiais de trabalho acessíveis aos profissionais de saúde para atendimento da população. Esses fatores também foram verificados na pesquisa de Miranda *et al.* (2019) e Arruda *et al.* (2018).

A dificuldade relacionada ao acesso foi apontada na pesquisa de Ponnet *et al.* (2019), que, ao aplicar o *Primary Care Assessment*

Tool Brazil (PCAT-Brazil) como ferramenta de avaliação e planejamento, evidenciaram atributos como o “acesso de primeiro contato – acessibilidade”; “longitudinalidade”; “integralidade – serviços prestados”; e “orientação familiar e comunitária”, sendo classificados como insatisfatórios.

Diferentemente do que foi encontrado pelos autores acima citados, Garnelo *et al.* (2018) verificaram que a extensão de cobertura envolve barreiras de acesso geográfico ligadas à concentração de equipes da Estratégia Saúde da Família nos espaços urbanos. Seus resultados demonstraram que 22,9% das equipes que atuam na área urbana da Região Norte também são responsáveis pelo atendimento à população rural, tendo que se deslocar para chegar às residências dessas famílias, também enfrentando dificuldades relacionadas à distância e à forma de acesso aos locais. Dificuldades no acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consulta e disponibilidade de transporte para o atendimento também foram reportadas.

Já Gama *et al.* (2011) destacaram em sua pesquisa essa problemática da distância para as populações das águas, afirmando que ela pode ser bem traduzida quando se pensa que os ribeirinhos navegam em média 60,4km e demoram cerca de 4,2 horas para acessar a zona urbana do município. De acordo com os autores, a população ribeirinha estudada é caracterizada pelo baixo nível econômico e acesso limitado à zona urbana. As mesmas limitações geográficas que constituem barreiras ao acesso aos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida dos ribeirinhos podem dificultar a aquisição de informações epidemiológicas dessas populações (Gama *et al.*, 2011).

Em relação à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, Barroso *et al.* (2015) evidenciaram que quanto maior o nível de complexidade diagnóstica, como ocorre nos transtornos mentais, maior a dificuldade de acesso para os moradores de populações carentes ou rurais. Os autores ainda mencionam que, devido às precárias condições de acesso aos serviços de saúde da população quilombola, a necessidade de consulta com médico especialista e/ou de exames complementares pode privar uma parcela importante da população de um diagnóstico e tratamento necessários (Barroso, Melo, Guimarães, 2015).

Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde atuantes em equipes volantes, Nascimento e Oliveira (2018) também destacaram a problemática de acesso territorial, sendo mencionado pelos profissionais que participaram de sua pesquisa que os territórios são muito extensos e de difícil acesso. Chama atenção, na pesquisa dos autores, o fato de que os profissionais de saúde sempre enfatizam os aspectos negativos relacionados ao atendimento da população rural. Entre as questões elencadas, a comunicação é vista como uma barreira, dado que algumas comunidades locais apresentam o que chamam de “dialetos diferentes”, precisando o profissional ter cuidado para uma correta compreensão do que os pacientes estão sentindo.

Resultado semelhante pode ser verificado na pesquisa realizada por Ruiz *et al.* (2016). A relação com o paciente foi apontada como um fator de dificuldade, principalmente por terem constatado um estigma (Medeiros *et al.*, 2018) dos profissionais de saúde com o modo de vida da população rural, fator que reduz suas ações à tutela profissional (Medeiros *et al.*, 2018). Todavia, para os autores, em vez de produzir cuidado com esses pacientes, essa postura percebida nos profissionais de saúde tem excluído e tornado ainda mais difícil o acesso aos serviços.

Como estratégia de melhoria do acesso da população rural aos serviços de saúde, Ruiz *et al.* (2013) mencionam o uso da mediação por esses profissionais, acreditando que, a partir daí, é possível estabelecer uma relação mais próxima com o paciente, ultrapassando a técnica do cuidado, o modelo biomédico, possibilitando que exerçam sua capacidade de compreender as especificidades da vida e valores rurais. Os autores explicam que é preciso entender que a problemática da distância não é exclusivamente de ordem geográfica, mas também envolve a dificuldade dos profissionais de saúde em estabelecer relações com os pacientes, fazendo-se fundamental que eles aprendam a reconhecer, valorizar e incorporar em suas ações as identidades e particularidades das populações rurais.

Lima *et al.* (2015) e Arruda *et al.* (2018) também mencionam como fator fundamental para melhoria do acesso à saúde pela

população rural a qualificação dos profissionais que atuam com essas pessoas. Burille e Gerhardt (2018) e Shimizu *et al.* (2018) também destacaram a importância dessa comunicação entre profissionais e pacientes, evidenciando a necessidade de orientação para o cliente/usuário.

Enfocando no acesso aos serviços de saúde por mulheres da população rural, Costa *et al.* (2017) identificaram como fatores limitantes a distância, o acesso restrito ao transporte, dependência do companheiro, (des)atenção dos profissionais para acolher as mulheres em situação de violência e (des)articulação da rede. O estudo de Almeida (2015) complementa essa informação ao apontar, em seus resultados, que quanto maior a idade do indivíduo mais difícil torna-se o seu acesso aos serviços de saúde. Pode-se concluir que essa dificuldade é aumentada por dificuldades de locomoção próprias da população idosa. Além disso, trata-se de um público que, muitas vezes, demanda atendimentos de média e alta complexidade, que, como já demonstrado, são ainda mais escassos para as populações rurais.

Importante mencionar a carência deixada pelo fim do Programa Mais Médicos, pois, conforme dados do Conasems (2019), os municípios rurais ficaram em situação emergencial, com 284 municípios que não possuem nenhum médico de Atenção Básica, com dificuldade ainda maior atendimentos de média e alta complexidade. Vale lembrar que a situação dos estados do Ceará, Amazonas e Espírito Santo ainda não haviam sido consideradas até a data de publicação, o que evidencia que esse déficit pode ser ainda maior.

Salienta-se que não foram encontradas motivações para que a maior parte dos estudos sobre o acesso à saúde pela população do campo, da floresta e das águas sejam realizados na Região Centro-Oeste e Sul do país, considerando que a Região Nordeste é a segunda no *ranking* de maior população, enquanto o Sul ocupa a terceira colocação, e o Centro-Oeste somente a quinta. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 60,4% dos municípios brasileiros são classificados como rurais, sendo a Região Sul a que apresenta os menores índices de municípios classificados

como rurais, devendo-se considerar, ainda, que as condições de clima e relevo são totalmente diferentes do Nordeste. Por sua vez, a Região Centro-Oeste apresenta 79,8% de municípios classificados como urbanos. Nesse sentido, evidenciou-se que as regiões Nordeste e Norte que possuem maior problemática são, na verdade, as que possuem menos estudos realizados sobre o assunto (Costa; Silva, Soares *et al.*, 2018).

Conclusão

A presente revisão integrativa demonstrou que a acessibilidade das populações rurais aos serviços de saúde é precária, verificando-se como uma das principais variáveis que influenciam nessa questão a geografia do local, geralmente caracterizada por localizações distantes dos centros urbanos ou de difícil acesso, como é o caso de populações ribeirinhas, em que o acesso à comunidade muitas vezes só é possível pelo rio.

Evidenciou-se também a falta de capacitação e qualificação dos profissionais de saúde para lidar com essas populações, desconhecendo a peculiaridade de seus territórios e doenças, fator que dificulta até mesmo a comunicação profissional/paciente. Os resultados também demonstraram que a procura dessas populações pelos serviços de saúde é baixa para atendimentos preventivos, sendo estes mais realizados pelo público feminino e quanto mais complexa a especialidade necessária mais difícil o acesso, devido à ausência do serviço nessas localidades.

Faz-se importante mencionar a escassez de estudos sobre o acesso das populações rurais aos serviços de saúde, podendo-se verificar que os artigos selecionados para esta pesquisa são diversificados em relação aos objetivos, não proporcionando uma discussão focada sobre um assunto, em especial quando se trata de comunidades pesqueiras, não sendo encontrada nenhuma pesquisa sobre o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, o que evidencia a sua invisibilidade não só pelas políticas públicas, mas também pela comunidade acadêmica.

Referências

AGÊNCIA EFE. Saída de médicos cubanos expõe desigualdade na saúde do Brasil. *GI*. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/12/09/saida-de-medicos-cubanos-expoe-desigualdade-na-saude-do-brasil.ghtml>.

ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. *J Bras Econ Saúde*, v. 7, n. 1, p. 43-52, 2015.

ANDRADE JÚNIOR, R. S. G. *Balanço de Gestão: Biênio 2017-2019*. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). 2019.

ARRUDA, N. M. *et al.* Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 6, 2018.

BARROSO, S. M. *et al.* Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. *Rev. bras. epidemiol.*, v. 18, n. 2, p. 503-514, 2015.

BORTH, L. C. *et al.* Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 74, n. 3. p. 1212-1219, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília, DF 2013.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Experienci(a)ções de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 3 2018.

COSTA, M. C. da. *et al.* Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 38, n. 2, 2017.

FONTOURA JUNIOR, E. E.; MEDEIROS, M. M.; FONTOURA, F. A. P. Saúde, ética no cuidado e a política nacional de atenção integral à saúde do homem. *TraHs-Trayectorias Humanas Trascontinentales*, v. 20, n. 4, 2018.

GAMA, A. S. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, 2018.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 81-99, 2018.

HERKRATH, F. J. *Fatores contextuais e individuais associados com a utilização dos serviços de saúde bucal por adultos no Brasil*. 2018. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

KESSLER, M. *et al.* Morbidities of the rural population and the use of health services/Morbidades da população rural e a utilização de serviços de saúde/Morbilidad de la población rural y el uso de los servicios de salud. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 5, n. 3, p. 24-29, 2016.

LAPA, A. *Programa Mais Médicos: uma contribuição à análise da oferta de ações e serviços de saúde*. 2018. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) - Escola Fiocruz de Governo, Brasília, 2018.

LEÃO, M. M. Saúde e qualidade de vida de adolescentes de um assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP. 2015. 97 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2015.

LIMA, C. *et al.* Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, 2019.

MENDES, K. D.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MIRANDA, S. V. C. de *et al.* Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à atenção primária à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 2020

NASCIMENTO, M. N.; OLIVEIRA, I. F. Ações das equipes volantes de CRAS no interior do Rio Grande do Norte. *Estudos de Psicologia*, Natal. v. 23, n. 2, p. 122-132, 2018.

PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet.*, v. 18, n. 18, p. 2253-2262, 2013.

PONNET, L. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. *Einstein*, v. 17, n. 1, 2019.

ROCHA, T. A. *et al.* Access to emergency care services: a transversal ecological study about Brazilian emergency health care network. *Public health*, v. 153, p. 9-15, 2017.

RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M, Modena CM. Healthcare knowledge and practices of the rural population: an integrative literature review. *Interface (Botucatu)*, n. v. 22, n. 66, p. 903-914, 2018.

RUIZ, E. N.; SANTOS, V. F.; GERHARDT, T. E. Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a saúde da população rural em destaque. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 829-852, 2016.

SHIMIZU, H. E, *et al.* Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 52, 2018.

URSI, E. S. *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Saúde da população das águas

o acesso aos serviços de saúde por trabalhadores de uma comunidade tradicional pesqueira do Nordeste brasileiro

*Adriana Oliveira Souza De Tullio
Marcelo José Monteiro Ferreira*

Introdução

Passados mais de trinta anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), avanços importantes foram conquistados, sobretudo na dimensão do acesso aos serviços de saúde. Estudo realizado por Stopa *et al.* (2017), utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 (Brasil, 2013) objetivou descrever o uso dos serviços de saúde pela população brasileira. Seus resultados demonstraram que a dimensão do acesso vem aumentando no país. Contudo, os autores chamam a atenção para as diferenças regionais presentes no Brasil. As populações residentes no Norte e no Nordeste ainda possuem menor acesso aos serviços de saúde quando comparados ao restante do país.

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil também estão presentes entre as populações urbanas e rurais. Nesse aspecto, é possível citar fatores determinantes como baixa densidade demográfica; barreiras e condições de isolamento geográfico; insuficiência da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF); fragilidade na participação social; e pouco diálogo com os modos de vida tradicionais (Pessoa, Almeida, Carneiro, 2018; Carneiro, Pessoa, Teixeira, 2017; Arruda *et al.*, 2018).

Algumas iniciativas foram adotadas com o intuito de diminuir as diferenças históricas envolvendo o acesso e a qualidade dos serviços de saúde entre as populações urbanas e rurais, tais como as Políticas de Promoção e Equidade em Saúde. Dentre seus objetivos, destaca-se a necessidade de reconhecer as especificidades de cada território, bem como seus condicionantes e determinantes, objetivando instituir serviços de saúde resolutivos e alinhados às necessidades, ao perfil de morbimortalidade e aos aspectos relacionados aos modos de vida dessas comunidades.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (PNSIPCF) é um marco importante no sentido de visibilizar as particularidades envolvendo essas populações. Todavia, estudos como o de Garnelo *et al.*, (2018) e Arruda, Maia e Alves (2018) demonstraram que ainda existem inúmeros desafios a serem superados.

Estudo realizado por Garnelo *et al.*, (2018) analisou o acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) nas populações rurais e urbanas. De acordo com seus resultados, 38,7% das equipes participantes do estudo que declararam atender populações rurais estavam sediadas em áreas urbanas. Arruda, Maia e Alves (2018) também identificaram desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre áreas urbanas e rurais, havendo menor acesso da população rural. Os autores atribuíram essa diferença a fatores como renda, percepção de saúde, escolaridade, trabalho informal, capacidade de oferta de serviço, entre outros.

Ao analisar os motivos que levam a uma maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde entre as populações urbanas e ru-

rais, evidenciam-se diferentes aspectos. As barreiras geográficas precisam ser consideradas. Sobretudo quando dizem respeito à acessibilidade e localização em relação aos usuários, que precisam levar em conta a distância, disponibilidade de meios de transportes públicos e tempo de deslocamento (Brasil, 2013).

Outro ponto importante a ser considerado está relacionado à aceitabilidade. Ou seja, às percepções e atitudes dos usuários em relação aos profissionais e práticas, bem como à percepção dos profissionais e provedores sobre as características pessoais e culturais dos usuários (Garnelo, Lima, Rocha, Herkrath, 2018). Aqui entram as dimensões culturais e os modos de vida, que frequentemente são negligenciados ou não valorizados no momento da gestão do processo de trabalho das equipes de saúde quando chegam nos territórios de comunidades tradicionais.

Dessa forma, ocorre uma verdadeira incompatibilidade de ofertas de serviços com o modo de vida das comunidades. Em outras palavras, muitas vezes trabalhadores da agricultura ou da pesca não podem acessar os serviços de saúde porque o horário de funcionamento das unidades de saúde coincide com o horário de trabalho desses atores (Conselho Pastoral dos Pescadores, 2019).

Para que camponeses ou pescadores acessem os serviços de saúde, geralmente precisam perder o seu dia de trabalho, comprometendo sua renda familiar, que geralmente já é bem limitada. Por conta disso, geralmente deixam para procurar atendimento médico apenas em quadros clínicos graves, podendo agravar desfechos que poderiam ter um prognóstico de fácil resolução se fossem tratados de forma precoce (Pena, Freitas, Carmo, Cardim, 2014).

Estudos evidenciam que a informalidade e a baixa renda mensal dessas atividades muitas vezes impõem um ritmo de trabalho exaustivo, gerando problemas de saúde, além disso, é preciso enfrentar condições de saneamento básico desfavoráveis, como a falta de local adequado para prática das necessidades fisiológicas, sendo realizadas quase sempre no ambiente natural de trabalho, contribuindo para péssimas condições de higiene. Somando-se a isso, alguns locais ainda possuem outros riscos, como aqueles cercados

por polos industriais, que geralmente transformam o modo de vida das comunidades locais, além de alterar substancialmente as características do território e do meio ambiente.

Nesse aspecto, comunidades pesqueiras situadas próximas a polos petroquímicos, como é o caso da Ilha de Maré, sofrem constantemente as consequências da poluição e dos conflitos socioambientais. Próximo à Ilha de Maré, encontra-se o complexo industrial de Camaçari, formado por mais de 200 indústrias de diversos tipos, como química, metalúrgica e alimentícia.

Esse polo industrial trouxe consigo vulnerabilidade para o local, devido aos prejuízos socioambientais causados, uma vez que a economia da região é, majoritariamente, extrativista e sofre com a contaminação do ambiente, pelas indústrias, interferindo na produção econômica da população. Além disso, é importante mencionar que a Ilha da Maré é palco de diversos conflitos entre as empresas e as comunidades tradicionais quilombolas e pesqueiras (Carvalho *et al.*, 2014).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo investigar os fatores associados que influenciam no acesso aos serviços de saúde por uma comunidade tradicional pesqueira de Bananeiras, Ilha de Maré, Bahia, objetivando, ainda, de forma específica, traçar o perfil socioeconômico e demográfico das famílias residentes nessa comunidade.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado em uma comunidade tradicional pesqueira de Bananeiras, localizada na Ilha de Maré, pertencente à Baía de Todos os Santos (BTS), Salvador-Bahia. A pesquisa foi conduzida no período entre maio e novembro de 2018 e é parte do projeto intitulado “Desenvolvimento de Territórios Saudáveis e Sustentáveis em Comunidades Tradicionais na Ilha de Maré, Salvador/BA”, coordenada pela Vice-Presidência de Saúde e Ambiente da Fundação Oswaldo Cruz.

População de estudo e critérios de inclusão

Para a pesquisa, foi realizado um censo do qual participaram 213 indivíduos de ambos os sexos submetidos aos seguintes critérios de inclusão: ter dezoito anos ou mais e possuir residência fixa no local.

Instrumentos e variáveis coletadas

Foi aplicado um questionário semiestruturado adaptado do instrumento utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para este estudo, utilizaram-se cinco blocos de informação: utilização dos serviços de saúde, cobertura de planos de saúde, autopercepção sobre o estado de saúde, práticas populares de cuidado e características sociodemográficas dos entrevistados.

Variável Desfecho

Para a criação da variável desfecho, foi realizada uma categorização a partir do tempo de percurso da residência do entrevistado para o local do serviço de saúde. A respectiva pergunta contém cinco opções de resposta: até uma hora; de 1 a 2 horas; de 2 a 3 horas; mais de 3 horas; e de 8 a 12 horas. Em seguida, procedeu-se com a seguinte categorização: Pequena dificuldade (até uma hora); Média dificuldade (de 1 a 2 horas); e Alta dificuldade (acima de 2 horas).

Variáveis explicativas

Nas variáveis explicativas, foram consideradas as questões relacionadas à localização; o serviço de saúde que costuma frequentar; a procura por atendimentos médicos ou odontológicos nas duas últimas semanas; foi atendido quando procurou serviços

médicos ou odontológicos nas duas últimas semanas. Além disso, considerou-se também o estado de saúde autorreferido (muito boa, regular ou ruim).

As características sociodemográficas como sexo, nível de escolaridade, cor/raça; estado civil, situação do domicílio; conhecimento sobre política nacional de saúde integral; e autoidentificação como população tradicional, foram pesquisadas. Também foram investigadas as características de moradia, saneamento e atividade laboral.

Análise dos dados

Os questionários foram digitados utilizando dupla entrada, como forma de prevenir eventuais erros de digitação. Em seguida, foi realizada a distribuição de frequência simples como forma de analisar o comportamento das variáveis de estudo. Procedeu-se com a análise de associação, utilizando o teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas (Conover, 1971). A Razão de Prevalência foi apresentada com o respectivo p-valor. Para este estudo, adotou-se o nível de significância estatística de 5% com poder de teste de 80%. As análises foram realizadas utilizando o *software* Stata® versão 14.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número 01857318.0000.8027. Como se trata de pesquisas envolvendo a participação de seres humanos, todos os procedimentos obedeceram a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes da pesquisa, respeitando e assegurando a adequação às pluralidades culturais, linguísticas e educacionais dos envolvidos.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas da população de estudo. Observa-se um predomínio de mulheres (76,5%), pretas (80,2%) e autoidentificadas como uma população tradicional (91,2%). Quanto ao estado civil, 67,1% vivem com cônjuge ou companheiro, sendo que 57,3% são casados civilmente. Verificou-se que 22,1% dos participantes afirmam saber ler e escrever. Contudo, apenas 6,7% relataram possuir Ensino Superior completo. Com relação ao perfil ocupacional, 64,6% são marisqueiras, com tempo diário de trabalho variando até oito horas por dia (59%) até de mais de 12 horas diárias (11,8%), enquanto 19,4% são pescadores e 16,0% exercem outras atividades. Ao serem questionados se os rendimentos recebidos mensalmente seriam suficientes para suprir as necessidades básicas das famílias, chama a atenção que 79,6% responderam negativamente (TABELA 1).

Tabela 1 – Perfil Socioeconômico da Comunidade de Bananeiras, Ilha de Maré, Salvador/BA, 2018

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	50	23,5
Feminino	163	76,5
Cor ou raça		
Branca	3	1,3
Preta	170	80,2
Parda	39	18,5
Se identifica como população tradicional		
Sim	186	91,2
Não	18	8,8

Variável	n	%
Vive com cônjuge ou companheiro?		
Sim	141	67,1
Não	69	32,9
Estado civil		
Casado(a) ou união estável	122	57,3
Separado(a) ou divorciado	9	4,2
Viúvo(a)	13	6,1
Solteiro(a)	69	32,3
Nível de escolaridade		
Classe de alfabetização – CA	26	22,1
Até o Ensino Fundamental	83	46,4
Até o Ensino Médio	43	24,0
Curso técnico	2	1,1
Até o Ensino Superior	12	6,7
Atividade laboral principal		
Pescador	40	19,4
Marisqueira	133	64,6
Outro	33	16,0
Tempo de trabalho por dia (em horas)		
Até 8 horas	95	59
De 8 a 12 horas	47	29,2
Mais de 12 horas	19	11,8
Suficiência da renda para as necessidades da família		
Sim	33	20,4
Não	129	79,6

Fonte: elaborada pelos autores.

No que diz respeito às características de moradia e saneamento básico, verificou-se que 65,6% dos entrevistados utilizam estradas de chão batido e 32,5% utilizam barcos para chegar às suas residências. A água encanada está presente em quase toda a comunidade (99,5%). Contudo, 21,3% dos participantes afirmaram consumir a água sem qualquer tipo de tratamento. A fossa rudimentar ainda é o principal destino das fezes e urina das residências (96,7%). A coleta seletiva apresentou-se como o principal meio de destinação do lixo (94,2%), enquanto os resíduos da pesca/mariscagem são destinados a céu aberto (89,3%) (TABELA 2).

Tabela 2 – Características de moradia e saneamento básico, Ilha de Maré, Salvador/BA, 2018

Variável	n	%
Acesso à moradia		
Calçamento	3	1,4
Chão batido	137	65,6
Barco	68	32,5
Outros	1	0,5
Abastecimento de água no domicílio		
Rede encanada	209	99,5
Poço	1	0,5
Como a água de consumo é tratada?		
Filtrada	49	23,2
Fervida	3	1,4
Clorada	103	48,8
Mineral	11	5,2
Sem tratamento	45	21,3

Variável	n	%
Destinação das fezes e urina do banheiro		
Fossa rudimentar	202	96,7
Direto no rio, mar, mangue	7	3,3
Destinação do lixo		
Coletado	195	94,2
Queimado	9	4,3
Céu aberto	2	1,0
Outros	1	0,5
Destinação dos resíduos da pesca /mariscagem		
Céu aberto	184	89,3
Reaproveitado	13	6,3
Armazenado em lugar específico	9	4,4

Fonte: elaborada pelos autores.

A Tabela 3 apresenta informações sobre as características relacionadas ao acesso, utilização dos serviços de saúde e práticas populares de cuidado entre a população de estudo. Com relação ao acesso aos serviços de saúde, 43,2% foram categorizados como tendo um acesso de média dificuldade e 27,2% com grande alta dificuldade (Tabela 3).

Mais da metade (63,1%) dos entrevistados afirmou que sempre procuram os mesmos serviços, mesmos médicos nos mesmos lugares quando precisam de atendimento. Chama a atenção que o serviço de saúde mais procurado foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com 35,7% das respostas. A Unidade Básica de Saúde aparece como uma segunda opção, assinalada por 21,9% dos participantes (Tabela 3).

Outro fator importante a ser mencionado é que 86,1% dos entrevistados utilizam exclusivamente o Sistema Único de Saúde,

enquanto 13,9% fazem uso do sistema particular. A população também demonstrou ser adepta de hábitos populares de cuidados em saúde, considerando que 84,8% dos participantes informaram acreditar na eficácia de métodos populares, com 72,8% utilizando-se desses recursos para tratar suas doenças (Tabela 3).

Tabela 3 – Características relacionadas ao acesso, utilização dos serviços de saúde e práticas populares de cuidado, Ilha de Maré, Salvador/BA, 2018

Variável	n	%
Acessibilidade		
Pequena dificuldade	51	30
Média dificuldade	75	43
Alta dificuldade	47	27
Procura mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde		
Sim	125	63,1
Não	73	36,9
Serviço procurado para atendimento de saúde		
Farmácia	9	4,6
Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	43	22
Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	2	1,0
UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	70	35,7
Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	4	2,0
Pronto-socorro ou emergência de hospital público	16	8,2
Hospital público/ambulatório	22	11,2

Consultório particular ou clínica privada	21	10,7
Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	6	3,1
Outro serviço	3	1,5
Sistema de saúde utilizado		
Sistema Único de Saúde (SUS)	180	86,1
Sistema particular	29	13,9
Crença na eficácia de métodos populares de cuidados em saúde		
Sim	173	84,8
Não	31	15,2
Utilização de saberes populares para tratar suas doenças		
Sim	147	72,8
Não	55	27,2

Fonte: elaborada pelos autores.

A Tabela 4 apresenta a distribuição de variáveis associadas significativamente ao acesso aos serviços de saúde. Conforme se observa, o local de moradia permaneceu associado (p -valor = $<0,01$), verificando-se maior dificuldade de acesso pelos participantes que chegam às suas residências por chão batido. Outra variável que também apresentou significância estatística foi o tempo de trabalho.

Tabela 4 – Análise de associação entre o acesso aos serviços de saúde e as variáveis explicativas, Ilha de Maré, Salvador/BA, 2018

Características	Acesso			Total	P-valor* <0,01
	Fácil	Médio	Difícil		
Acesso à moradia					
Chão batido	23 (20,7)	54 (48,6)	34 (30,6)	111 (100,0)	
Barco	26 (45,6)	20 (35,1)	11 (19,3)	57 (100,0)	
Procura mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde					0,999
Não	17 (29,3)	26 (44,8)	15 (25,9)	58 (100,0)	
Sim	32 (30,5)	46 (43,8)	27 (25,7)	105 (100,0)	
Crença na eficácia de métodos populares de cuidados em saúde					0,443
Não	9 (34,6)	13 (50,0)	4 (15,4)	26 (100,0)	
Sim	42 (29,8)	60 (42,6)	39 (27,7)	141 (100,0)	
Suficiência da renda para as necessidades de sua família					0,296
Não	34 (31,8)	49 (45,8)	24 (22,4)	107 (100,0)	
Sim	5 (20,8)	10 (41,7)	9 (37,5)	24 (100,0)	
Tempo de trabalho por dia					<0,01
Até 8 horas	18 (22,0)	36 (43,9)	28 (34,1)	82 (100,0)	
Acima de 8 horas	20 (37,7)	26 (49,1)	7 (13,2)	53 (100,0)	

* Teste Exato de Fisher

Fonte: elaborada pelos autores.

Discussão

Nosso estudo é pioneiro ao avaliar o acesso aos serviços de saúde em uma comunidade tradicional quilombola localizada em uma ilha no Nordeste do Brasil. Prosenewicz e Lippi (2012), ao analisarem o acesso aos serviços de saúde de pescadores ribeirinhos

em um município de Rondônia, na região Norte do Brasil, relatam, a partir da percepção dos entrevistados, que os serviços de saúde pública no município pesquisado apresentam problemas que precisam ser superados. Em seus resultados, afirmam ainda que há ineficiência em vários tipos de atenção, o que demonstra a existência de inúmeras barreiras de acesso que necessitam passar por um processo de melhoramento para alcançar a universalidade, integralidade e equidade propostas pelo SUS.

De acordo com nossos achados, a maioria dos entrevistados relatou que o acesso aos serviços de saúde é caracterizado como sendo de dificuldade média. Nesse sentido, nossos achados são corroborados pela pesquisa conduzida por Ponnet *et al.*, (2019), segundo a qual a distância tem sido um fator importante associada à dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Os dados são ainda mais preocupantes quando abordam as populações rurais. De acordo com os autores, ao aplicarem o PCAT-Brazil como ferramenta de avaliação e planejamento, ficou demonstrado que os atributos “acesso de primeiro contato – acessibilidade”, “longitudinalidade”, “integralidade – serviços prestados” e “orientação familiar e comunitária” foram classificados como insatisfatórios.

A distância também foi evidenciada como problema por Rocha *et al.* (2017) em seu estudo sobre o acesso aos serviços de emergência, destacando que entre 14 e 30 milhões de pessoas no Brasil estavam a pelo menos 120 km de distância dos centros de saúde com unidade de terapia intensiva para adultos (UTI) e UTI pediátrica, respectivamente. Para distribuição de cuidados neonatais, 12% da população estava a mais de 120 km de distância de um estabelecimento de saúde com uma UTI neonatal (Rocha *et al.*, 2017).

Outro ponto importante a ser considerado são as barreiras geográficas. Nosso estudo evidenciou que as populações que vivem em áreas com chão batido possuem mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde quando comparadas aos demais grupos. Esses achados estão em sintonia com os resultados publicados por Nascimento e Oliveira (2018), que também demonstrou a problemática de acesso territorial na sua pesquisa. De acordo com o autor, os profissionais

de saúde mencionaram que, em territórios rurais, precisam cobrir extensas áreas territoriais, geralmente de difícil trânsito. Isso dificulta o acesso da população aos serviços de saúde (Nascimento, Oliveira, 2018). Desse modo, as grandes distâncias geográficas presentes em comunidades, assentamentos e sítios, geralmente afastadas dos grandes centros urbanos, são realidades que precisam ser enfrentadas pelos gestores e profissionais da saúde.

Em nosso estudo, mais da metade dos entrevistados relatou que costumam procurar os mesmos médicos, locais e serviços quando necessitam de algum atendimento de saúde. Isto pode estar relacionado a pelo menos duas hipóteses explicativas: a primeira, está relacionada a um bom vínculo da comunidade com os profissionais e sua capacidade de resolução das queixas/necessidades de saúde; ou à falta de outras opções, fazendo com que não tenham escolha e permaneçam, mesmo a contragosto, procurando os mesmos espaços/profissionais.

Sobre esse aspecto, Borth *et al.* (2018) identificaram dificuldades na aproximação entre os serviços relacionadas à definição de fluxo, conhecimento das ações/encaminhamentos, medo de ver e notificar a violência, entendimento de que não se trata de uma demanda do seu campo de atuação e o próprio acesso. Resultado semelhante pode ser verificado no estudo conduzido por Ruiz, Santos e Gerhardt (2016), demonstrando que a relação com o paciente foi apontada como um fator de dificuldade, principalmente por terem constatado um estigma dos profissionais de saúde com o modo de vida da população rural. Os autores apontam ainda que tais fatores reduzem a efetividade do cuidado, tornando ainda mais difícil o acesso destas pessoas aos serviços de saúde (Ruiz, Santos, Gerhardt, 2016).

Por outro lado, como estratégia de melhoria do acesso da população rural aos serviços de saúde, Ruiz, Santos e Gerhardt (2016) mencionam o uso da mediação por esses profissionais, acreditando que, a partir disso, é possível estabelecer uma relação mais próxima com o paciente. Dessa forma, acreditam ser possível ultrapassar o modelo biomédico, possibilitando que exerçam sua capacidade de compreender as

especificidades da vida e valores rurais. Na mesma direção, Lima *et al.*, (2019) e Arruda, Maia e Alves (2018) também mencionam como fator fundamental para melhoria do acesso à saúde pela população rural a qualificação dos profissionais que atuam com essas pessoas.

Outro ponto de análise pelo nosso estudo diz respeito à situação da qualidade do saneamento básico da população quilombola. A quase totalidade das pessoas utiliza fossa rudimentar para a destinação das fezes e pouco mais de vinte por cento não faz nenhum tipo de tratamento da água que utiliza para consumo próprio.

Nesse sentido, é importante ressaltar que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ao menos 3,4 milhões de pessoas em todo o mundo morrem em decorrência da falta de tratamento adequado da água para consumo (organização mundial de saúde, 2017). Dessa forma, evidencia-se a problemática existente entre o binômio quantidade/qualidade da água.

A Agência Nacional de Águas (2017) também destaca a qualidade das águas como uma importante problemática de Saúde Pública, com impactos significativos na qualidade de vida da população. Assim, faz-se fundamental o monitoramento da qualidade das águas para que a situação sanitária da população possa ser melhorada. Como um dos grandes impactos ambientais na água, destaca-se o desastre de Mariana-MG, ocorrido em 2015, quando foi liberado um volume estimado de 34 milhões de metros cúbicos de rejeitos de mineração, causando perdas de vidas humanas e diversos impactos socioeconômicos e ambientais na bacia do rio Doce. As consequências podem ser percebidas até os dias de hoje.

De acordo com Borja (2014), as políticas públicas de saneamento básico vêm experimentando um novo ciclo com o marco legal, regulatório e institucional e a retomada dos investimentos. Contudo, apesar dos avanços no setor, a autora elucida que os esforços ainda estão longe de garantir o direito ao saneamento básico no país, enfrentando desafios de diferentes dimensões. Nesse sentido, destacam-se as questões político-ideológica, institucionais, de financiamento, gestão, de matriz tecnológica, de participação de controle social, entre outras. Em seu trabalho “Avaliação do acesso

às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte”, Carvalho *et al.*, (2018) concluiu que diferenças regionais em aspectos geográficos e organizacionais podem interferir no acesso às unidades.

Para Prosenewicz e Lippi (2012), a ampliação da atenção à saúde perpassa pela melhoria da qualidade do saneamento básico. Dessa forma, deve ser uma prioridade para as populações o devido tratamento das águas, tanto quanto a ampliação da Estratégia Saúde da Família. Soma-se a isso, a adoção de ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Além disso, ao analisarmos o papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença, identificamos que a população da comunidade de Bananeiras apresenta, em sua maioria, baixa escolaridade. Esse perfil parece ser característico entre as comunidades tradicionais do campo, das águas e das florestas, aumentando a sua situação de vulnerabilidade socio sanitária. Na mesma direção, em pesquisa realizada por Nunes *et al.*, (2019) com uma comunidade pesqueira de Iguaíba-MA, verificou-se que 95% dos participantes possuíam apenas o Ensino Fundamental incompleto. Resultados semelhantes foram evidenciados nos estudos conduzidos por Vaz *et al.* (2018) e de Sousa *et al.* (2017).

Nossa pesquisa chama a atenção ainda para o uso de métodos populares para o tratamento de doenças. Historicamente, as populações do campo e das águas recorrem muito mais às plantas e raízes para o tratamento de doenças do que aos fármacos tradicionais. Na pesquisa realizada por Pinto, Amorozo e Furlan (2006) na comunidade de Itacaré-BA foi apontada uma autossuficiência da população rural em relação aos cuidados em saúde em decorrência de uso de plantas medicinais como importante atividade terapêutica.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que as barreiras geográficas e a distância têm sido dois dos principais fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Evidenciou-se ainda que as pessoas que moram em casas de chão

batido e que trabalham mais de oito horas por dia possuem ainda mais dificuldade de acessar os serviços de saúde quando comparadas com os outros grupos do estudo.

Nossa pesquisa também chama a atenção para a precariedade do saneamento básico na comunidade. Principalmente para o consumo de água não tratada adequadamente, visto que este é um importante fato gerador de doenças transmitidas por veiculação hídrica, destacando-se as doenças diarreicas agudas e parasitárias, fazendo-se fundamental uma maior atenção a essa população.

O uso de práticas populares para tratamento de doenças foi percebido como uma prática comum na população de Bananeiras, o que pode ser entendido como um resgate histórico das práticas culturais tradicionais da população. Por fim, cabe salientar as limitações da pesquisa, principalmente no que tange ao desenho do estudo transversal, que impede o estabelecimento de causalidade entre exposição e desfecho. Além disso, apesar de se tratar de um censo, o tamanho da população de estudo não possibilitou a realização de análises estatísticas mais robustas.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS (Brasil). *Conjuntura dos recursos hídricos no Brasil 2017*: relatório pleno. Brasília: ANA, 2017.

ARRUDA, N.; MARTINS, M. A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 6, 2018.

BISPO, B. M. *O papel dos estudos oceanográficos na gestão de conflitos da Zona Costeira*: o caso das comunidades da Ilha de Maré, Baía de Todos os Santos, Bahia. 2018.

BORJA, P. C. Política pública de saneamento básico: uma análise da recente experiência brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, p. 432-447, 2014.

BORTH, L. C. *et al.* Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços. *Rev. Bras. Enferm.* v. 71, n. 3, p. 1212-1219, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. *Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação* IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Experienci(a)ções de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais. *Physis*, v. 28, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280307>. Acesso em: 26 out. 2019.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M.; TEIXEIRA, A. C. A. *Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2017.

CARVALHO, B. R. *et al.* Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. *Cad. saúde colet.*, v. 26, n. 4, p. 462-469, 2018.

CARVALHO, I. G. *et al.* Towards a dialogue of knowledge between subsistence fishermen, shellfish gatherers and environmental labor law. *Ciência & saúde coletiva*, v. 19, n. 10, p. 4011- 4022, 2014.

CONOVER, J. W. *Practical Nonparametric Statistics*. New York: John Wiley & Sons, 1971.

CONSELHO PASTORAL DOS PESCADORES. *A saúde das pescadoras artesanais –atividades de pesca: mariscagem e pesca em mar aberto*. Bahia, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude>.

gov.br/bvs/publicacoes/saude_pescadoras_artesanais_atividades_pesca.pdf. Acesso em: 05 nov. 2019.

FERREIRA, M. J.; RIGOTTO, R. M. Epistemological/methodological contributions to the fortification of an emancipatory con (science). *Ciência & saúde coletiva*. v. 19, n. 10, p. 4103-4111, 2014.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Pesquisa nacional de saúde*. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Questionario%20PNS.pdf>. Acesso em: 4 maio 2019.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 81-99, 2018.

LIMA, C. *et al.* Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, 2019.

NASCIMENTO, M. N.; OLIVEIRA, I. F. Ações das equipes volantes de CRAS no interior do Rio Grande do Norte. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 23, n. 2, p. 122-132, 2018.

NUNES, Y. B. S.; DINIZ, T. S.; FIGUEIREDO, M. B. Análise Socioeconômica e Caracterização dos Sistemas Pesqueiros da Comunidade de Iguaíba, Maranhão. *Boletim do Laboratório de Hidrobiologia*, v. 9, n. 1. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *2,1 bilhões de pessoas não têm água potável em casa e mais do dobro não dispõem de saneamento seguro*. PAHO Brasil. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5458:oms-2-1-bilhoes-de-pessoas-nao-tem-agua-potavel-em-casa-e-mais-do-dobro-nao-dispoem-de-saneamento-seguro&Itemid=839. Acesso em: 05 nov. 2019.

PENA, P. G. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de marisqueiras na Ilha de Maré, Bahia. *Revista ciência & saúde coletiva*, v. 16, n. 8, 2014.

PENA, P. G.; MARTINS, V.; REGO, R. F. Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 38, n. 127, p. 57-68, 2013.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 302-314, 2018.

PINTO, E. de P. P. Amorozo Maria Christina de Mello, Furlan Antonio. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica – Itacaré, BA, Brasil. *Acta Bot. Bras.*, v. 20, n. 4, dez. 2006.

PONNET, L. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. *Einstein*, São Paulo, v. 17, n. 1, 2019.

PROSENEWICZ IVANIA, LIPPI UMBERTO GAZI. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. *Saudesoc. Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 219-231, 2012.

ROCHA, T. A.; DA SILVA, N. C. *et al.* Access to emergency care services: a transversal ecological study about Brazilian emergency health care network. *Public health*, p. 9-15, 2017.

RUIZ, E. N.; SANTOS, V. F.; GERHARDT, T. E. Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a saúde da

população rural em destaque. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 829-852, 2016.

SOUSA, D. N.; KATO, H. D.; MILAGRES, C. S. *Perfil socioeconômico e tecnológico dos pescadores de Xambioá, Estado de Tocantins*. Embrapa Pesca e Aquicultura-Artigo em periódico indexado (ALICE). 2017.

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.

VAZ, M. R. *et al.* Rural workload and factors associated with the use of medication by elderly people. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 52, 2018.

Dados dos autores

Adriana Oliveira Souza De Tullio

Enfermeira. Especialização em Saúde da Família (UFC). Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Ana Paula Soares Gondim

Farmacêutica. Mestre em Saúde Pública (UFC). Doutora em Saúde Coletiva (UFBA/ISC). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Andrea Gomes Linard

Enfermeira, Professora Titular-Livre da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab) e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Bernardo Diniz Coutinho Brasil

Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Reabilitação pela – UFMG. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Brena Jéssica da Silva Damasceno

Enfermeira da Estratégia da Família de Icapuí. Mestre em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Carlos Jefferson do Nascimento Andrade

Mestre e Doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas – UFBA.

Clarissa Bezerra Silva Matos

Fisioterapeuta. Especialista em Ergonomia.

Diego Mendonça Viana

Psicólogo. Professor Assistente do Curso de Medicina da Faculdade de Educação e Ciências Integradas (Faec) da Universidade Estadual do Ceará (Uece). Mestre e Doutorando em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Elaine Cristina Justino Teixeira

Enfermeira da Estratégia da Família de Mombaça. Mestre em saúde da Família – Renasf/UFC.

Emanuelle Albuquerque Carvalho Melo

Dentista com formação em Odontopediatria. Possui Mestrado em Odontologia (UFC). Doutoranda Profissional no Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Renasf/UFC.

Fabiane do Amaral Gubert

Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem UFC. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Renasf/UFC.

Fabíola Maria Sabino Meireles

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde da Família – Renasf/UFC.

José Maria Ximenes Guimarães

Sanitarista. Doutor em Saúde Coletiva – Uece. Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/Uece.

Karlina Nascimento Farias

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Keyla Rejane Frutuoso de Moraes

Fisioterapeuta. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva.

Lorena Guimarães Oliveira

Enfermeira da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Mestre em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho

Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Marcelo José Monteiro Ferreira

Sanitarista. Pós-Doutorado em Epidemiologia aplicada à Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador na London School of Hygiene Tropical Medicine. Doutor em Saúde Coletiva (UFC). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Maria Fátima Maciel Araújo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFC; Professora convidada do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Maria Luíza Rocha Barreto de Carvalho

Dentista. Mestre e doutoranda em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Marília Braga Marques

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Mariana Ramalho de Farias

Dentista. Doutora em Saúde Coletiva. Docente Professora permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Nalber Sigian Tavares Moreira

Dentista. Mestre em Saúde da Família – Renasf/UECE e Doutorando em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Patrícia Moreira Costa Collares

Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Paulo Sérgio Dourado Arrais

Farmacêutico. Doutor em Saúde Pública – UFBA. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Paula Sacha Frota Nogueira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Pedro Felipe Sousa Teixeira

Tecnólogo em Mecatrônica Industrial pelo IFCE. Mestrando em Energias renováveis Instituto Federal do Ceará, IFCE.

Priscilla Rolim Mendonça

Dentista. Mestre em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Ranielder Fábio de Freitas

Doutor em Design pela UFPE. Pós Doutorando do Projeto de Simulação Realística do Departamento de Enfermagem da UFC.

Renata de Sousa Alves

Farmacêutica. Mestre e Doutora em Farmacologia – UFC. Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UFC.

Sória Leopoldo Lima de Alencar

Dentista com especialização em Ortodontia. Possui Residência em Saúde da Família (UVA) e Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – Renasf/UFC.

Tomaz de Medeiros Aquino

Graduando do curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará.

Visite nosso site:
www.imprensa.ufc.br



Av. da Universidade, 2932 – Benfica
CEP.: 60020-181 – Fortaleza-Ceará, Brasil
Fone: (85) 3366.7485 / 7486
imprensa@proplad.ufc.br

No contexto das comemorações dos 70 anos da Universidade Federal do Ceará, a Coleção de Estudos da Pós-Graduação da UFC, em sua edição 2024-2025, celebra a maturidade de uma instituição que forma, pesquisa e transforma. Composta por 30 títulos selecionados em edital público, a coleção reforça o compromisso da UFC com a qualificação da formação discente e a valorização da sua produção intelectual. Os livros refletem a vitalidade da produção acadêmica que nasce no rigor da ciência, mas dialoga com os desafios regionais e globais. Fruto de seleção pública, esta edição testemunha o papel da pós-graduação na formação de excelência e no avanço do conhecimento, reafirmando o compromisso da UFC com o futuro, além de destacar a centralidade da pós-graduação na construção de uma universidade pública de referência.

ISBN 978-85-7485-645-2



9 788574 856452