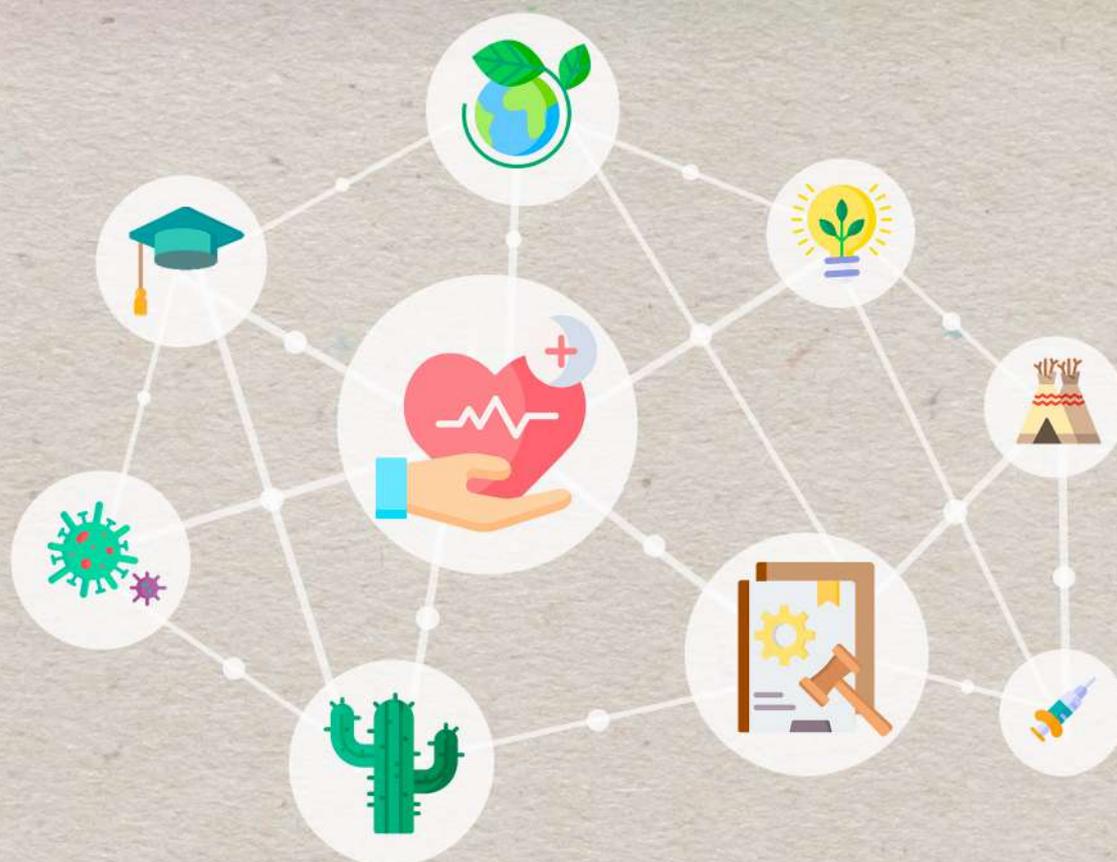


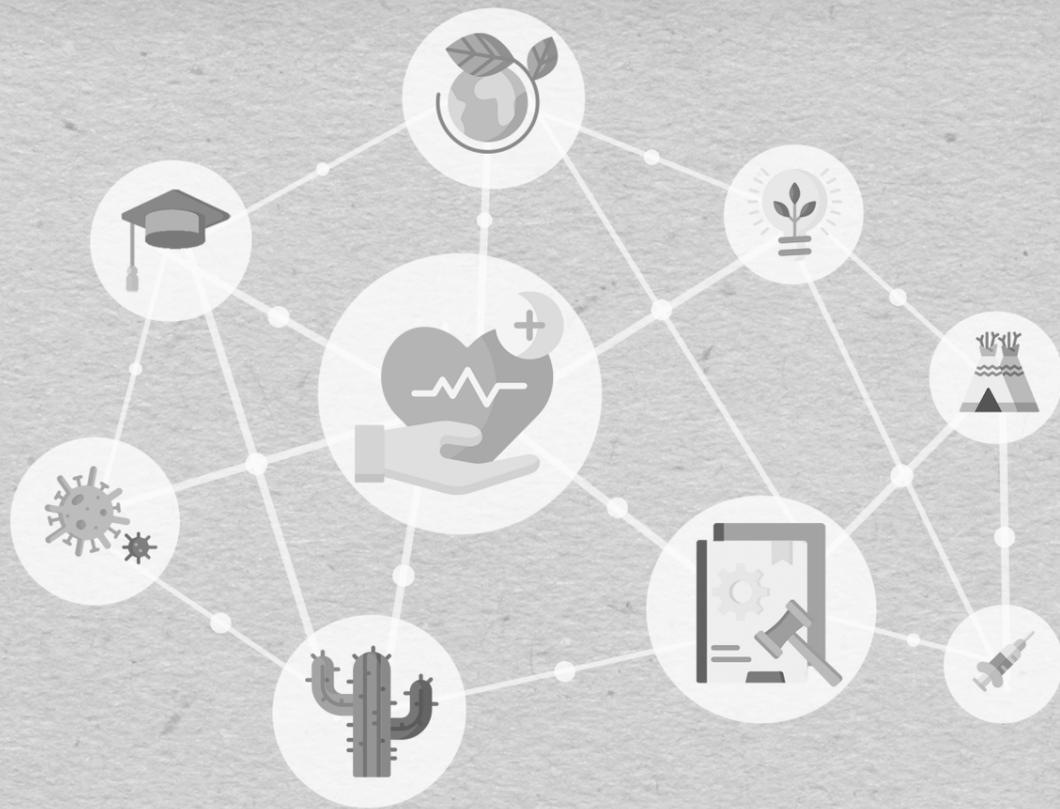
Organizadoras
Estelita Lima Cândido
Polliana de Luna Nunes Barreto
Laura Hévila Inocência Leite



Diálogos interdisciplinares em saúde coletiva

tecendo redes com as políticas públicas

Organizadoras
Estelita Lima Cândido
Polliana de Luna Nunes Barreto
Laura Hévila Inocêncio Leite



Diálogos interdisciplinares em saúde coletiva

tecendo redes com as políticas públicas

Diálogos interdisciplinares em saúde coletiva: tecendo redes com as políticas públicas

© 2022 Copyright by Estelita Lima Cândido, Polliana de Luna Nunes Barreto, Laura Hévila Inocêncio Leite (Orgs.)
Efetuado depósito legal na Câmara Brasileira do Livro (CBL)



Av. Ten. Raimundo Rocha, 1639 - Cidade Universitária, Juazeiro do Norte - CE
CEP 63048-080 - Telefone: (88) 3221-9200

Reitor

Ricardo Luiz Lange Ness

Vice-Reitora

Laura Hévila Inocêncio Leite

Conselho Editorial

Alex Josberto Andrade Sampaio

Antônio Ecclesio Modesto de Lima

Daniela Cavalcanti e Silva Novais

Diego Coelho do Nascimento

Eliane de Sousa Leite

Erine Dantas Bezerra

Fernanda Candido Santos Euzébio

Hermes Melo Teixeira Batista

José Auricélio Bernardo Cândido

Leilany Dantas Varela

Marlene Menezes de Souza Teixeira

Nádya dos Santos Moura

Organizadoras

Estelita Lima Cândido

Polliana de Luna Nunes Barreto

Laura Hévila Inocêncio Leite

Projeto Gráfico

Bárbara L. Alexandre F. Mota

Diagramação

Bárbara L. Alexandre F. Mota

Revisão Geral

Ana Lúcia Lucio Pinheiro

Bárbara L. Alexandre F. Mota

Shirley Pinheiro Lima

Revisão da Língua Portuguesa

Natália Brito Bessa

Dados internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Cariri
Sistema de Bibliotecas

D537 Diálogos interdisciplinares em saúde coletiva : tecendo redes com as políticas públicas / organizado por Estelita Lima Cândido, Polliana de Luna Nunes Barreto e Laura Hévila Inocêncio Leite. - Juazeiro do Norte : UFCA, 2022.
250 p.; il. color.

Modo de acesso: <<https://ebooks.ufca.edu.br/catalogo/>>
ISBN 978-65-88329-35-1

1. Saúde coletiva. 2. Políticas públicas. 3. Qualidade de vida. I. Cândido, Estelita Lima.
II. Barreto, Polliana de Luna Nunes. III. Leite, Laura Hévila Inocêncio.

CDD 614

Bibliotecária: Glacínésia Leal Mendonça – CRB 3/925

CREDENCIAIS

Álfe Diêgo Lima Silva

Mestrando em Microrganismos Oncóticos. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Cariri (UFCA).

Álissan Karine Lima Martins

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora permanente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PMAE). Universidade Regional do Cariri (URCA).

Ana Clara da Costa Ferreira

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Ana Cleide Silva Souza

Graduanda em Biblioteconomia. UFCA.

Ana Kelli Peixoto Tavares

Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador, Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (CQVT), Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), Universidade Federal do Cariri, Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

Antônio Coelho Sidrim

Enfermeiro, Universidade Regional do Cariri, Crato – Ceará. Estagiário da CQVT, PROGEP, UFCA, Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

Aparecido Daniel Lino da Silva

Enfermeiro. URCA.

Camila Lazzarotto Gularte

Enfermeira, Mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/UFPe).

Carlos Davi Bezerra Felipe

Graduando em Medicina, UFCA, Faculdade de Medicina, Barbalha – Ceará, Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

Carlos Wagner Oliveira

Professor Permanente do Programa de Desenvolvimento Regional Sustentável – UFCA.

Cristiane Marinho Uchôa Lopes

Fisioterapeuta, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri - FAMED/UFCA, Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Especialista em Docência do Ensino Superior. Pós-graduada em Fisiologia do Exercício e Grupos Especiais. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Doutora em Biotecnologia - RENORBIO pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). CQVT, PROGEP, UFCA, Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

Denival Nascimento Vieira Junior

Mestrando em Biologia Morfofuncional. Programa de Pós-graduação em Biologia de Sistemas. Universidade de São Paulo (USP).

Eda Schwartz

Enfermeira, Docente nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem FURG e UFPEL no Mestrado Profissional e Saúde da Família (PROFSAUDE/Departamento de Medicina Social/UFPe).

Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Doutora em Ciências. Docente da UFPI.

Erasmus Miessa Ruiz

Professor Adjunto da UECE.

Estelita Lima Cândido

Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da UFCA. Docente permanente dos programas de Pós-graduação: Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF); Desenvolvimento Regional Sustentável - UFCA; Ciências da Saúde - UFCA.

Estêvão Martins Palitot

Professor do Departamento de Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Francisco Elizaudo de Brito Junior

Fisioterapeuta. Doutor em Bioquímica Toxicológica. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem. URCA.

Gabriela Silva de Vasconcelos

Professora do Instituto Federal do Ceará (IFCE).

Gledson Micael da Silva Leite

Mestrando em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde UFCA.

Isaac Neri Borges

Graduando do curso de Medicina. UFCA.

Isadora C. Ardenghi Andrade

Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Ivanildo Gonçalves Costa Júnior

Graduando(a) do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Jáder Ferreira Leite

Doutor em Psicologia Social pela UFRN. Docente associado III no Departamento de Psicologia da UFRN.

João Agostinho Neto

Doutorando em Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Universidade Federal do Ceará (UFC).

José Yago Pinheiro de Souza

Graduando do curso de Medicina. UFCA.

Julia Grazielle Alves Marelli

Mestranda em Microrganismos Oncóticos. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - UFCA.

Laura Hévila Inocencio Leite

Professora Adjunta de Biologia. UFCA.

Laura Maria Feitosa Formiga

Doutora em Ciências. Docente da UFPI.

Lívia Sthéfane Pereira de Andrade

Graduanda do curso de Medicina. UFCA.

Luciana Melo de Medeiros Rolim Campos

Mestra em Desenvolvimento Regional Sustentável. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável – UFCA.

Luana de Souza Alves

Graduanda do curso de Enfermagem. URCA.

Luiz Felipe de Sousa Fideles

Graduando em Administração Pública. UFCA.

Mailson Fontes de Carvalho

Doutor em Enfermagem e Saúde. Docente da UFPI.

Maria Andrezza Gomes Maia

Graduanda do curso de Medicina. UFCA.

Maria Eduarda Duarte Lima

Graduanda do curso de Medicina. UFCA.

Maria do Socorro de Sousa

Professora colaboradora do Mestrado Ensino na Saúde – UECE.

Maria Laís dos Santos Leite

Doutora em Psicologia pela UFRN. Servidora técnico-administrativa da UFCA.

Maria Pamela Silva

Enfermeira. URCA.

Maria Rosilene Cândido Moreira

Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da UFCA; Docente permanente do programa de Pós-graduação: Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASE.

Marlene Menezes de Souza Teixeira

Graduação em Enfermagem e em Pedagogia. Doutorado em Educação em Ciências: química da vida e saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Professora do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Ensino e Saúde do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

Marta Regina Farinelli

Doutora em Serviço Social pela UNESP/Franca. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Mauricio Lima da Silva

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PMAE). URCA.

Milena Silva Costa

Professora Adjunta da Faculdade de Medicina. UFCA.

Mirna Fontenele de Oliveira

Enfermeira, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Mestre em Cuidados Clínicos - UECE, Doutora em Promoção da Saúde (UFC). CQVT, PROGEP, UFCA. Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

Murilo Rocha Pereira Junior

Biólogo. Pós-graduando na especialização lato sensu em Acupuntura. URCA.

Naiane Rodrigues Alcantara Lobo

Graduanda do curso de Medicina. UFCA.

Natanael da Silva Pereira

Graduando do curso de Enfermagem. URCA.

Polliana de Luna Nunes Barreto

Professora Adjunta do Centro de Ciências Sociais Aplicadas – UFCA.

Rosane Aparecida de Sousa

Doutora em Serviço Social pela UNESP/Franca. Departamento de Serviço Social - UFTM.

Sandra Mara Pimentel Duavy

Professora adjunto L do Departamento de Enfermagem da URCA.

Sidariana Aparecida Nunes

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, CQVT, PROGEP, UFCA, Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

Thiago de Abreu e Lima Florêncio

Professor do departamento de História da URCA.

Valeska Macêdo Cruz Cordeiro

Mestranda em Saúde da Família. Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora da URCA.

Vanda Lucia Roseno Batista

Professora e Liderança do Povo Cariri de Poço Dantas Umari.

Victoria Régia Arrais Paiva

Professora da UFCA no Centro de Ciências Sociais Aplicadas.

Viviane Chaves Pereira

Professora do Curso de Medicina. UFCA.

O diálogo é este encontro dos homens mediatizados pelo mundo,
para pronunciá-lo (...) o diálogo se impõe como caminho pelo qual os
homens ganham significado enquanto homens (...)
ele é o encontro onde se solidariza o refletir e o agir (...).
Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e
recriação, se não há amor que a infunda.

PAULO FREIRE, 1983

SUMÁRIO

▶ Apresentação	12
▶ Prefácio	13
▶ Introdução	15
▶ Artigo 1 - Política indigenista no Brasil: a relação do Estado com o Povo Cariri de Poço Dantas – Umari	18
<i>Luciana Melo de Medeiros Rolim Campos; Victoria Régia Arrais Paiva; Vanda Lucia Roseno Batista; Thiago de Abreu e Lima Florêncio; Estêvão Martins Palitot; Estelita Lima Cândido.</i>	
▶ Artigo 2 - Políticas públicas para a comunidade LGBTQIA+: exploratório no estado do Ceará	32
<i>Luiz Felipe de Sousa Fideles; Polliana de Luna Nunes Barreto; Ana Cleide Silva Souza.</i>	
▶ Artigo 3 - Políticas públicas para pessoas com estomias: uma revisão narrativa	49
<i>Gledson Micael da Silva Leite; Luana de Souza Alves; Natannael da Silva Pereira; Estelita Lima Cândido; Marlene Menezes de Souza Teixeira; Sandra Mara Pimentel Duavy.</i>	
▶ Artigo 4 - Repercussões do desmonte das políticas públicas de agricultura familiar no cotidiano de agricultoras(es) familiares do distrito arajara, Barbalha-CE	58
<i>Maria Láis dos Santos Leite; Jáder Ferreira Leite.</i>	
▶ Artigo 5 - Reincidência de sarampo no Brasil durante a pandemia da Covid-19	85
<i>Julia Grazielle Alves Marelli; Álife Diêgo Lima Silva; Carlos Wagner Oliveira; Estelita Lima Cândido.</i>	
▶ Artigo 6 - Análise da cobertura vacinal brasileira do Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) no período de 2017 a 2021	98
<i>Isaac Neri Borges; José Yago Pinheiro de Souza ; Livia Sthéfane Pereira de Andrade Maria Eduarda Duarte Lima; Estelita Lima Cândido; Milena Silva Costa.</i>	
▶ Artigo 7 - Impactos e perspectivas de autocuidado de profissionais de saúde na pandemia da Covid-19: uma revisão integrativa	110
<i>Rosane Aparecida de Sousa; Maria Rosilene Cândido Moreira; Milena Silva Costa; Marta Regina Farinelli; Isadora Catananti Ardenghi Andrade.</i>	
▶ Artigo 8 - Autocuidado na atenção primária à saúde e o coronavírus: revisão de literatura	128
<i>Camila Lazzarotto Gularte; Eda Schwartz.</i>	
▶ Artigo 9 - Intervenções para prevenção de úlceras do pé diabético: revisão sistemática	151
<i>Ivanildo Gonçalves Costa Júnior; Ana Clara da Costa Ferreira; Denival Nascimento Vieira Junior; Mailson Fontes de Carvalho; Edina Araújo Rodrigues Oliveira; Laura Maria Feitosa Formiga.</i>	
▶ Artigo 10 - Avaliação da qualidade de vida dos servidores de uma universidade pública do nordeste, durante a pandemia da Covid-19	171
<i>Mirna Fontenele de Oliveira; Carlos Davi Bezerra Felipe; Antônio Coelho Sidrim; Ana kelli Peixoto Tavares; Sidariana Aparecida Nunes; Cristiane Marinho Uchôa Lopes.</i>	
▶ Artigo 11 - Nível de literacia para saúde de docentes universitários das ciências exatas e da vida	187
<i>Paulo Roberto Pinheiro Brito; Ítalo Emanuel de Sousa Chaves; Lucca Feitosa Esmeraldo; Eduardo Maciel Lima; Bruna Raynara Novais Lima; Maria Rosilene Cândido Moreira.</i>	
▶ Artigo 12 - Síndrome Burnout e fatores associados em docentes do magistério superior	203
<i>Mauricio Lima da Silva; Aparecido Daniel Lino da Silva; Francisco Elizaudo de Brito Junior; Maria Pamela Silva; Murilo Rocha Pereira Junior; Álissan Karine Lima Martins.</i>	
▶ Artigo 13 - Aplicação do Arco de Maguerez em um curso de medicina na região metropolitana do Cariri	220
<i>João Agostinho Neto; Gabriela Silva de Vasconcelos; Erasmo Miessa Ruiz; Maria do Socorro de Sousa; Laura Hévila Inocência Leite; Viviane Chaves Pereira.</i>	
▶ Artigo 14 - Conhecimento e atitudes de mulheres sobre violência obstétrica	235
<i>Milena Silva Costa; Valeska Macêdo Cruz Cordeiro; Maria Andrezza Gomes Maia; Naiane Rodrigues Alcantara Lobo; Marlene Menezes de Souza Teixeira; Estelita Lima Cândido.</i>	

APRESENTAÇÃO

Esta obra foi construída pelas mãos de docentes e estudantes de Pós-graduação e graduação de diversas instituições brasileiras. Um grupo de pesquisadores e aspirantes que ocupam diferentes pontos de uma rede que vem sendo tecida, uniram-se com o mesmo propósito e comprometimento – a disseminação do conhecimento e a aplicação das políticas públicas em nível coletivo, visando o bem-estar social.

Convidamos você a conhecê-la, desejando ao mesmo tempo, que ela possa ser estimulante, útil, aplicável e compartilhada, para que alcance ampla cobertura. Seja parceiro também dessa rede, pois como diz um provérbio africano: “Se quer ir rápido, vá sozinho, mas se quiser ir longe, vá em grupo”.

Boa leitura!

As organizadoras.

PREFÁCIO

Senti-me muito Honrado e Feliz com o convite de fazer o prefácio desse livro organizado pelas docentes Estelita Lima Cândido, Polliana de Luna Nunes Barreto e Laura Hévila Inocencio Leite, da Universidade Federal do Cariri, com o título “DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE COLETIVA: tecendo redes com as políticas públicas”. O livro constitui-se de diálogos necessários na Saúde Coletiva entre saberes e fazeres de diversos autores de diferentes núcleos de conhecimentos. O livro mostra a preocupação de uma produção alinhada às demandas locais regionais e revela a resistência e existência de uma Universidade Pública Federal que cresce com qualidade.

Os diálogos procuram a partir das reflexões no campo da saúde coletiva, fortalecer o debate entre formação em saúde, produção do conhecimento e científica, trabalho em saúde e produção do cuidado na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde, em defesa da “saúde para todos”. O esforço da Universidade Federal do Cariri na realização de pesquisas e produções científicas com temas oriundos dos serviços de saúde é uma missão e uma meta a ser alcançada.

O livro propõe indagações e articulam pontes entre o campo teórico e o prático. Os 14 capítulos versam sobre Políticas Públicas de Saúde, Saúde da mulher, Saúde mental, Qualidade de vida, Promoção e educação em saúde, Populações LGBTQI+, Povos indígenas, Populações rurais, Formação em saúde e Condições de saúde em tempos pandêmicos. A produção é de interesse de toda a comunidade acadêmica, trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus usuários em seus diversos cenários, quer seja na atenção básica, secundária e terciária.

A obra reflete a riqueza das diferentes opiniões, construções, saberes e fazeres do campo da saúde coletiva. A perspectiva dos diálogos é a da interprofissionalidade, quando os sujeitos envolvidos na tarefa da escrita de um capítulo dialogam, colaboram entre si de forma intencional, visando as práticas colaborativas de cuidado e de gestão e uma produção usuário/território centrado. Os capítulos são sínteses de construções

coletivas de autores/as com diferentes formações profissionais em torno de um objetivo coletivo, o fortalecimento do SUS e a defesa de uma Universidade plural, diversa, preocupada com a formação ofertada na perspectiva ética e compromissada e que responde às demandas de loco regionais.

Assim, convido a todos a lerem o livro. Uma obra que reúne diversos estudantes, pesquisadores, professores e profissionais engajados na “saúde como direito de todos”, como disse José Saramago, em Ensaio sobre a Cegueira, “se podes olhar, vê. Se podes ver repara”.

Boa leitura!

Franklin Delano Soares Forte

*(Professor Associado IV da Universidade Federal da Paraíba
Líder do Grupo de Estudos em Políticas, Programas e Serviços de Saúde).*

INTRODUÇÃO

Ao considerar reunir estudos acerca de Políticas Públicas em Saúde Coletiva, uma relevante potencialidade ganhou contornos imediatos: a confluência de diversas áreas que se propunham debruçar-se sobre os problemas públicos numa perspectiva transdisciplinar. Assim, pesquisadores de áreas distintas do conhecimento trouxeram suas contribuições sobre o tema neste volume intitulado “DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE COLETIVA: tecendo redes com as políticas públicas”.

Entre a década de 30 e a contemporaneidade vários estudos preocuparam-se em definir um conceito para políticas públicas (LASWELL, 1936; SIMON, 1957; LINDBLOM, 1979; EASTON, 1965; MEAD, 1995; MARQUES, 2000), bem como elaborar modelagens, teorias e métodos capazes de subsidiar decisões de governo em consonância com a necessidade de desenvolvimento econômico, inclusão social e preservação do meio ambiente.

O campo de conhecimento das políticas públicas ganha relevância teórica com a amplitude de estudos e o apelo prático oriundo do Estado, especialmente na segunda metade do século XX, quando o cenário internacional da Guerra Fria, o apelo tecnocrata e posteriormente as exigências quanto ao equilíbrio entre receitas e despesas estatais demonstrou a necessidade premente de tratar a coisa pública não apenas sob o aspecto filosófico-político, mas também sob a égide dos estudos técnico-científicos.

Durante esse período os intensos debates no campo teórico em confluência com os movimentos sociais, de modo particular nas democracias em desenvolvimento, colocou as políticas públicas na centralidade do debate acerca da justiça social e do desenvolvimento humano. Assim, avançamos na elaboração de teorias que ampliam a compreensão quanto à participação de variados atores sociais na elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas, tendo em vista a construção das democracias ocidentais, entre elas o destaque para a redemocratização de países na América Latina os quais foram assolados por regimes de exceção no século passado.

Conceitos variados sobre políticas públicas convivem na literatura e desembocam numa compreensão holística, tendo em vista que a construção de um conceito no âmbito da teoria geral da política pública impõe a elaboração de uma síntese construída do encontro entre campos distintos do conhecimento como por exemplo a sociologia, a ciência política e a economia. Nesse sentido comugamos da compreensão de Souza (2006, p.26) para quem política pública (..) busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”.

Na medida em que um conceito se consolida, consolida-se também os usos das técnicas e métodos, construídos pelo campo das políticas públicas, nas muitas áreas a serem desenvolvidas pelos estados, como é exemplo a saúde, a educação, a segurança pública entre outros espaços estratégicos de atuação estatal. As políticas públicas de saúde, por exemplo, deixaram de ser uma escolha de governo para compor políticas de estado, como é o caso no Brasil do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui mais de três décadas e é guiado pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. O SUS colocou o país na dianteira da oferta de serviços de saúde no Ocidente (GARCIA; DUARTE; EBLE; 2018).

Ao mesmo tempo em que o Brasil trilhava o caminho da redemocratização alicerçado nos movimentos sociais, eram trazidas para a arena do debate político a necessidade de consolidar direitos individuais, mas além disso garantir direitos sociais e coletivos por meio de políticas públicas de inclusão social. Nesse sentido, a saúde coletiva como espaço de produção teórica mas também de luta política é contemporânea das conquistas históricas marcadas na nova ordem democrática.

O SUS é uma conquista desse novo cenário, agora nomeado Estado Democrático de Direito. E esse sistema já surge ancorado pelos debates transdisciplinares acerca do campo Saúde Coletiva, que para Osório e Schraiber (2015), deve ser um campo que necessita pensar o geral e o específico. A par dessa realidade aponta Nunes (1994) que a Saúde Coletiva fundamenta-se na interdisciplinaridade como potencial para a elaboração de um conhecimento amplo sobre saúde e na multiprofissionalidade como maneira de aproveitar a diversidade interna no saber/fazer das práticas sanitárias. Políticas Públicas e Saúde Coletiva se encontram na tentativa de elaboração de um saber holístico, horizontalizado e plural para os problemas públicos de saúde que estão longe de limitar-se à prevenção ou tratamento de patologias específicas.

O processo de construção da Política Nacional de Promoção da Saúde e de sua implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca mudanças no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

Nessa direção, o desafio colocado para esta obra consiste em propor reflexões transversais, integradas e interdisciplinares, que façam dialogar as diversas áreas do setor saúde e a sociedade, compondo redes colaborativas de compromisso e molas propulsoras para o desenvolvimento de estratégias voltadas para a qualidade de vida dos coletivos, em que todos sejam protagonistas nos cuidados com a saúde.

Estelita Lima Cândido

Polliana de Luna Nunes Barreto

Laura Hévila Inocencio Leite

REFERÊNCIAS

- EASTONE, D. **A Framework for Political Analysis**. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1965.
- GARCIA, Leila; DUARTE, Elisete; EBLE, Leticia Jensen. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 27, n. 1. Brasília, mar. 2018.
- LINDBLOM, Charles E. Still Muddling, Not Yet Through, **Public Administration Review** 39: 517-526. 1979.
- LASWELL, H. D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.
- MARQUES, Eduardo C. **Estado e Redes Sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro**. São Paulo: FAPESP; Rio de Janeiro: Revan. 2000.
- MEAD, L. M. **Public Policy: Vision, Potential, Limits, Policy Currents**, Fevereiro, p. 1-4. 1995.
- OSMÓ, Alan; SCHRAIBER, Lilian Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 24, supl.1, p. 205-218, 2015.
- SIMON, Herbert. **Comportamento Administrativo**. Rio de Janeiro: USAID. 1957.
- SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n.16, jul./dez. 2006, p. 20-45.

POLÍTICA INDIGENISTA NO BRASIL:

a relação do Estado com o Povo Cariri de Poço Dantas – Umari

INDIGENOUS POLICY IN BRAZIL:

The relationship of the state with the Cariri people of Poço Dantas – Umari

Luciana Melo de Medeiros Rolim Campos
Victoria Régia Arrais Paiva
Vanda Lucia Roseno Batista
Thiago de Abreu e Lima Florêncio
Estêvão Martins Palitot
Estelita Lima Cândido

RESUMO

A presente pesquisa descreve a maneira como o Estado se relaciona com os sujeitos pesquisados na perspectiva da garantia de direitos constitucionais e analisa os impactos de projetos e programas estatais que afetam, direta ou indiretamente, a comunidade do Povo Cariri de Poço Dantas Umari. Para tanto, foi realizada uma análise documental e bibliográfica em fontes diversas disponíveis na internet. Observou-se que os projetos de desenvolvimento para essa região, sobretudo o Canal das Águas do Ceará, violaram importantes direitos do Povo Cariri de Poço Dantas Umari. Viabilizado pelo Estado, este projeto alterou de modo irreversível a vida desta aldeia e trouxe grandes impactos ao ambiente. Os resultados desta pesquisa possibilitaram evidenciar dois importantes elementos, diversos entre si, mas que estão absolutamente imbricados. O paradigma que alicerça os processos de desenvolvimento em curso na Região Metropolitana do Cariri possui raízes na colonialidade e por esta razão reproduz a violência colonial, usurpando territórios e as vidas presentes nele. Estas evidências estão contidas nos documentos analisados e demonstraram que o Estado brasileiro ignorou a presença de um povo que se autorreconhece como indígena e que, portanto, violou a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho da qual é signatário. Esta convenção prevê que qualquer medida legal ou administrativa que impacte populações originárias deve ser precedida de uma consulta prévia, livre, informada e de boa fé. Nada disso foi cumprido e, portanto, o Povo Cariri de Poço Dantas Umari pode reivindicar juridicamente medidas mitigatórias em virtude dessas violações.

Palavras-chave: Povo Cariri de Poço Dantas Umari; Políticas Indigenistas; Desenvolvimento regional sustentável.

1 INTRODUÇÃO

O povo Cariri de Poço Dantas Umari vive na localidade de Poço Dantas e Monte Alverne no distrito de Santa Fé na cidade do Crato - CE, ao sopé da Chapada do Araripe. É formado por 124 famílias que estão organizadas politicamente através da Associação Índios Cariri de Poço Dantas Umari, formalizada em 2019 (NASCIMENTO, 2021).

Essa comunidade foi reassentada duas vezes pela execução de obras estatais: a primeira delas foi a construção do Açude Thomaz Osterne (Açude Umari) (NASCIMENTO, 2021), em 1982, e mais recentemente a construção do trecho 1 da construção do Cinturão das Águas do Ceará (CAC).

O momento atual de luta política deste povo é um somatório de fatos relevantes que ocorrem desde a década de 80, “um processo complexo que envolve uma série de articulações entre associações indígenas, povos indígenas em processo de autodeterminação, pesquisadores universitários, missionários, ativistas, indigenistas e agentes do Estado” (FLORÊNCIO *et al.*, 2021, p. 37).

O objetivo é descrever a maneira como o Estado se relaciona com os sujeitos pesquisados na perspectiva da garantia de direitos constitucionais e analisar os impactos de projetos e programas estatais que afetam, direta ou indiretamente, a comunidade do Povo Cariri de Poço Dantas Umari.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O processo de construção histórica da atual política indigenista no Brasil

O texto intitulado “Tutela e Participação: povos indígenas e formas de governo no Brasil, séculos XX/XXI” apresenta um panorama da ação estatal em relação aos povos indígenas no Brasil “com destaque para os padrões de governança e administração estabelecidos a partir de tradições de conhecimentos, normas e ações de Estado em face dos povos indígenas, tendo como pano de fundo o processo de colonização interna do território do país” (LIMA, 2015, p. 427).

O Período Republicano (1899) que, conforme este autor, herda de um

passado colonial a arquitetura de uma sociedade escravista, monárquica, cuja estrutura estatal e religiosa estavam intimamente relacionadas entre si. Soma-se a isto o extenso território ainda inexplorado, a diversidade populacional, a extinção jurídica da escravidão (LIMA, 2015).

Nesta ambiência e na esteira destes acontecimentos, em 1910, é criado no Brasil o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e a Localização dos Trabalhadores Nacionais, a primeira ação do Estado no regime republicano em relação aos indígenas, como uma resposta aos conflitos resultantes da ocupação e exploração territorial em terras ocupadas por estes povos. Em 1918, estas duas instituições fundem-se passando a intitular-se somente SPI.

A criação do SPI é resultante da, como ficou conhecida, Comissão Rondon que, em virtude de suas “premissas amigáveis” no trato com os indígenas, acabaram por se intercruciar com as ações da Comissão Rondon, chefiados por Marechal Rondon. O SPI foi extinto em 1967. As investigações realizadas em torno deste órgão revelaram a repetição do fato colonial: o uso da violência, da crueldade, da objetificação de corpos, de existências, expressos a seguir:

Pelo exame do material infere-se que o Serviço de Proteção aos Índios foi antro de corrupção inominável durante muitos anos. O índio, razão de ser do SPI, tornou-se vítima de verdadeiros celerados, que lhes impuseram um regime de escravidão e lhes negaram um mínimo de condições de vida compatível com a dignidade humana. É espantoso que exista na estrutura administrativa do País repartição que haja descido a tão baixos padrões de decência. E que haja funcionários públicos cuja bestialidade tenha atingido requintes de perversidade. Venderam-se crianças indefesas para servir aos instintos de indivíduos desumanos. Torturas contra crianças e adultos, em monstruosos e lentos suplícios, a título de ministrar justiça (LIMA, 2015, p. 438).

É interessante se ater ao fato de que a estrutura legal que ampara juridicamente a ação do Estado apresentava-se naquela época com um discurso onde os indígenas eram tidos como seres humanos “relativamente incapazes”, e que, em virtude disso, necessitavam de um amparo do Estado para que os tutelassem, conforme expresso abaixo:

O código civil republicano, Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916, que entrou em vigor em 1917), no seu artigo nº 6, entre os “relativamente incapazes”, junto a maiores de 16/menores de 21 anos, mulheres casadas e pródigos. Em seu parágrafo único, o artigo 6º estabelecia que os “silvícolas” deveriam estar submetidos ao “regime tutelar”, que seria regulado em leis e normas específicas que documenta cessariam à medida de sua “adaptação à civilização (LIMA, 2015, p. 432).

O Estado, tendo o indígena como alguém que deveria ser introduzido à civilização, concebia que o fim primordial de sua ação seria “a passagem do hostil, arredio e errante, preguiçoso e inútil para o manso, agremiado e sedentarizado, trabalhador e guarda dos sertões” (LIMA, 2015, p. 435). O indígena compreendido como uma categoria transitória.

A partir da década de 50, começa a se estruturar uma outra matriz paradigmática no trato do Estado com as populações etnicamente diferenciadas. No cenário internacional havia a recente Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), a Convenção 107 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) de 1957, o primeiro instrumento internacional específico sobre os povos indígenas. Internamente havia a crescente e recente presença de antropólogos(as) no SPI onde nasce “uma nova percepção sobre os indígenas onde os povos indígenas poderiam ser o signo de sua própria diferença, num país que historicamente primou por construir sua imagem de unidade homogênea” (LIMA, 2015, p. 437).

É durante o governo Militar que é aprovado o “Estatuto do Índio, Lei nº 6.001/1973, de teor assimilacionista e tutelar, mas que ainda assim lançou as bases que permitiram a luta pelo direito às terras que ocupavam os povos indígenas, em meio à desenfreada corrida às terras amazônicas” (LIMA, 2015, p. 438).

A constituição de 1988 inova ao garantir, em seus artigos 231 e 232, o direito à organização social, línguas, crenças, tradições e costumes, bem como os direitos originários sobre terras tradicionalmente ocupadas, imprescindíveis à reprodução dos modos de vida dos povos indígenas, conforme abaixo:

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. (...) Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo (BRASIL, 1988).

Há uma considerável mudança paradigmática nesta nova constituição ao fundamentar a ação pública indigenista numa (suposta) perspectiva multicultural e que abarca as alteridades.

Os governos de Collor (1990 - 1992) e de Fernando Henrique Cardoso (1995

- 2003) situavam-se, num panorama internacional, onde a pauta socioambiental possuía uma significativa relevância na agenda das nações. Estes governos, portanto, foram marcados pelo investimento internacional em projetos e programas públicos ou privados, sobretudo investimentos para demarcação de áreas protegidas e terras indígenas.

Esse período também é marcado pela: a) transferência de atribuições da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) nas áreas de Saúde, Educação, de Desenvolvimento Agrário e Meio Ambiente para outros órgãos competentes: Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Educação e Cultura e Ministério do Desenvolvimento Agrário b) a criação da Lei nº 9.836/1999, chamada de Lei Arouca; c) o sucateamento da FUNAI. Os governos de Lula e Dilma, embora tenham causado bastante expectativa, se revelaram pouco inovadores, com pouca abertura para a escuta dos povos indígenas. A repetição de um modelo de desenvolvimento que desconsidera a importância de um meio ambiente equilibrado foi uma marca desses tempos; foi no governo de Dilma que se deu a construção da Usina de Belo Monte, por exemplo.

Para entender adequadamente esse período é importante considerar ainda a retomada do crescimento econômico em bases desenvolvimentistas de cunho universalista, pautadas em velhos modelos, como grandes obras de infraestrutura (de necessidade muito questionável em diversos casos), com grande ênfase em políticas redistributivas em detrimento das políticas antidiscriminatórias pela via do reconhecimento de direitos diferenciados, notadamente a terra (LIMA, 2015 p. 446).

E ainda, conforme Domingos *et al.* (2020), “essas políticas foram limitadas, não houve alteração essencial na correlação de forças entre capital e trabalho, as heranças das políticas neoliberais dos governos anteriores e as escolhas dos governos Lula promoveram o fortalecimento de um segmento do capital financeiro no Brasil, no sentido clássico de junção de capital bancário com o capital produtivo”. No esteio destes acontecimentos é criada a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental em Terras Indígenas (PNGATI) através do Decreto nº 7.747, de 5 de junho de 2012, que, conforme a análise de Domingos *et al.* (2020):

(...) a PNGATI alcança “a proteção, a recuperação, a conservação e o uso dos recursos naturais das terras e territórios indígenas” e prospecta esse direito como caminho para alcançar a integridade do patrimônio indígena. Essa generalização resulta em baixa efetividade por falta de

instrumentos administrativos e legais. Sobretudo quando se trata de direitos gerais como: a melhoria da qualidade de vida e as condições plenas de reprodução física e cultural das atuais e futuras gerações dos povos indígenas, respeitando sua autonomia sociocultural.

O atual cenário da política indigenista no Brasil é uma ameaça à vida dos povos indígenas no Brasil. Em pauta estão duas importantes decisões: a primeira delas refere-se à tese do Marco Temporal, em votação no Supremo Tribunal Federal, que, conforme Cunha e Barbosa (2018), trata-se de uma interpretação equivocada da Constituição de 1988 que diz que o direito à terra é somente assegurado àqueles povos indígenas que já estavam em processo de reconhecimento em 1988, o que destituiu o direito às terras da maioria dos povos indígenas do Nordeste brasileiro.

O segundo é a votação do Projeto de Lei 490, recentemente aprovado na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, que altera os processos de demarcação de terras indígenas deslocando do poder executivo para o legislativo a decisão da demarcação de terras; permite a exploração de terras indígenas para a mineração e para implementação de projetos de desenvolvimento pelo Estado brasileiro; permissão de circulação de forças armadas e polícia federal em territórios indígenas sem a necessidade de autorização e utiliza-se da tese do marco temporal, acima descrita (MIOTTO, 2021).

O que se observa, portanto, é que a ação do Estado em relação aos povos indígenas sempre foi assimétrica. O indígena considerado como uma categoria transitória. A despeito de uma estrutura jurídica internacional bem consolidada, o Estado brasileiro, ainda que signatário de importantes acordos a favor dos povos indígenas, reproduz uma perspectiva colonial, conforme considera Lima (2015).

Na análise das políticas indigenistas tenho partido da premissa de que não há um descompasso radical entre formas de agir e esquemas de pensamento, e que para se descrever a prática de agências de governo é também necessário se descreverem ideias, pois, ao fim e ao cabo, como diz Geertz, política é ação simbólica (LIMA, 2015, p. 456).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo é um recorte de um estudo maior sobre o povo Cariri de Poço Dantas Umari. Trata-se da análise documental de atas de reuniões, leis, decretos,

notas técnicas, EIA/RIMA do CAC, Marco Conceitual dos Povos Indígenas do Ceará, Projeto de Desenvolvimento Rural Sustentável do Estado do Ceará - Projeto São José Iv, Diagnóstico e Estudo de Linha de Base (ADELCO) e o Documentário Fôlego Vivo¹.

Os nomes de participantes de audiências públicas ou reuniões constantes nas atas foram omitidos no presente texto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os documentos analisados para compreender a ação do governo do estado do Ceará em face da presença do Povo Cariri de Poço Dantas Umari referem-se, sobretudo, aos processos da construção do CAC.

Sabe-se que a construção de obras de grande impacto, como o CAC, deve ser precedida de estudos bióticos, socioeconômicos e físicos a fim de dimensionar os seus reais impactos, conforme Lei Federal nº 6.938 de 1981. Estes documentos são denominados Estudo de Impacto Ambiental e Relatório de Impacto Ambiental, comumente abreviados para EIA/RIMA, respectivamente. A construção do CAC também foi precedida da elaboração deste documento, em 2012. Ao tratar dos impactos causados em povos ou comunidades tradicionais, o povo Cariri de Poço Dantas Umari é caracterizado como estando “reduzidos a pequenas comunidades, que se encontram em estágio avançado de aculturação com o homem branco” (CEARÁ, 2012, p. 114). E afirma que “em Monte Alverne, localidade do município de Crato situada nas imediações do traçado do Trecho 1 (Jati-Cariús), foi identificada a comunidade indígena de Poço Dantas, que atualmente vem passando por um processo de autorreconhecimento. (...) (IBID 2012, p. 114)”. O documento afirma terem sido tomadas “medidas específicas por parte do empreendedor para manter as condições de conformidade necessárias”. Dentre outras medidas destaca-se a que orienta “evitar a intersecção do traçado do sistema adutor com áreas indígenas” (IBID, 2012, p. 138).

Neste sentido, vê-se que a construção do CAC violou normativas internas (o EIA/RIMA) e normativas internacionais, a Convenção 169 da OIT, a qual o Estado brasileiro é signatário, tendo-a promulgado em 2004. A Convenção 169, entre inúmeros avanços paradigmáticos no campo jurídico, reconhece o direito à autodeterminação dos povos e o direito à consulta livre, prévia, informada e de

¹ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0LSBy7xtVlo>. Acesso em: 28 set. 2022.

boa-fé, sempre que medidas legislativas e administrativas possam interferir direta ou indiretamente na vida de povos originários e comunidades tradicionais, conforme Pinto (2009).

De acordo com Nobre (2017), os Cariris de Poço Dantas Umari sofreram com a violação ao direito da consulta livre, prévia e informada, bem como com a desapropriação e, paradoxalmente, com as dificuldades de acesso à água potável, conforme descrito a seguir:

Os atingidos reclamam do baixo valor pago nas indenizações e da negação de poder usar a madeira do desmatamento, descumprindo o que está prescrito no EIA/RIMA. Alguns ficaram sem água, pois algumas famílias são abastecidas com água de cisterna através e como tiveram suas instalações destruídas não tiveram direito a outra, pois de acordo com os 134 órgãos que executam o programa de cisterna quem consta como possuidor de uma não pode adquirir outra. A solução para alguns foi utilizar água do próprio canteiro de obras que se localiza a cerca de dois quilômetros da pequena vila. Esse fato revela também a falta de comunicação entre as políticas públicas (NOBRE, 2017, p. 134).

A forma como a empresa abordou a comunidade foi desastrosa, de forma intimidadora, sob pressão e coação. No documentário Fôlego Vivo, Dona Ana, faz o seguinte relato:

Primeiro começou assim: um dia, eu tava lavando roupa no açude, aí chegou um pessoal lá, “chegou” uns homens lá, num carro desses, caminhão-bau dos grandes. (...) aí perguntaram: “A senhora já viu falar que vai vir pra aqui o Rio de São Francisco, vai vir água pra aqui? (...) A senhora acredita que o Rio de São Francisco vem água pra aqui?”. Aí eu disse: “Eu não acredito bem, não. Não acredito, não.” Aí ele disse: “Pois a senhora acredite que vai vim.” Aí foi, passou, passou, passou, aí acabou-se, nunca mais eu vi esses homens. Já tava com uns dois anos ou três. Aí quando foi um dia, eu tava sentada em minha casinha ali embaixo, aí “chegou” três homens. Aí falaram com “eu”: “Bom dia, dona.” Eu disse: “Bom dia”. (...) “Tudo bom?” Eu disse: “Tudo bom.” (...) “Pois nós pode...a senhora pode dar uma palavrinha com ‘nós’?” Aí eu disse: “Posso. Pergunte. Se eu souber, eu respondo.” Ele disse: “A senhora sabia que vai vir o Rio de São Francisco pra aqui?”. Eu disse: “Não, não tava sabendo, não. Um dia disseram, mas eu não acredito, não.” Ele disse: “A senhora não acredita?” Eu digo: “Acredito, não.” “Vamos pedir pra senhora assinar essa folha de papel.” Aí eu fui e disse: “Pra eu assinar?” Disse assim: “Pra quê?” Aí disse: “Não, não vou assinar, não.” Ele disse: “Assine! Não é só a senhora que vai assinar, um bocado de gente que vai assinar.” Aí eu fui, fiquei assim sem querer assinar. Aí foi e depois ele disse: “A senhora não vai querer assinar?” Eu digo: “Não, eu vou assinar. Não sei pra que é, mas eu vou assinar, sim.” Aí

assinei. Aí ele disse: “Ó, quando for daqui uns quatro, cinco meses, vêm outras pessoas aqui pra explicar à senhora como é que vai ser.

As palavras de Dona Ana denunciam as violências implícitas no modus operandi do Estado na execução de projetos de desenvolvimento. A leitura e análise da ata da Audiência Pública da Comissão de Direitos Humanos e Cidadania, cujo objetivo foi debater os impactos do projeto CAC, realizada no dia 1 de junho de 2015, na Câmara Municipal do Crato, Ceará (CE), revelou as inúmeras incongruências dos processos que precederam a execução da obra e dos processos durante a sua execução. Nesta ata estão registradas denúncias de inconsistências no EIA - RIMA da obra; das indenizações pagas pelas desapropriações; da falta de informações para a população; da falta de acesso à água; dos impactos ambientais, entre muitos outros absurdos. Além disso, constam, neste documento, relatos das violações de direitos sofridas pelas comunidades afetadas: a comunidade do Baixio das Palmeiras, a comunidade do Assentamento 10 de abril e a comunidade dos Cariri de Poço Dantas Umari, todas em Crato, CE. Além de representantes destas comunidades, estiveram presentes diversas autoridades políticas, jornalistas, pesquisadores e representantes do Ministério Público Federal e da Secretaria de Recursos Hídricos do Ceará.

Os depoimentos das comunidades apontam que a ação da empresa responsável pela obra e a Secretaria de Recursos Hídricos agiram de forma a desconsiderar o direito à informação e ao diálogo, estes foram, aliás, os pontos mais destacados. Abaixo seguem transcrições de diversos depoimentos, feitos na ocasião da supracitada audiência pública, que demonstram essa perspectiva.

A obra ninguém sabe quem vai ser atingido, quem vai receber, quem não vai receber, tem pessoas lá com 96 anos de idade que é o caso de um pai que vai ser atingido. Nunca recebeu um documento, nunca passou ninguém lá dizendo, seu Zé a obra vai passar aqui. Como é que vive uma pessoa dessa? Que todo dia chega à minha casa perguntando como é que está a obra. Acho que tem que ter uma sensibilidade maior e um tratamento digno com as pessoas. (aplausos). Desculpe que fiquei muito emocionado. Porque tem pessoas que vão ser relocadas e não sabem para onde ir (JCG).
[...] Nós tivemos o conhecimento dessa obra por invasões de propriedade na nossa comunidade passando atrás das casas sem pedir permissão, sem se identificarem e das suas autoridades fazendo desmatamento, foi que a associação procurou saber e a partir daí começamos buscar informações (JCB).
[...] Reafirmo o que Zé falou, não foi feita uma reunião no Baixio das Palmeiras. O que aconteceu até agora, inclusive o debate aqui na cidade que vai passar por uma área urbana, ninguém sabe o que está acontecendo. Quer dizer, é um direito que foi violado, o direito

à informação e não sabemos de nada (LN).

Relatos referentes ao direito ao acesso à água foram feitos por todos os representantes das comunidades presentes, por pesquisadores e representantes de instituições federais. Destacam-se aqui, dois desses depoimentos:

Lá nessa comunidade é muito mais grave ainda o acesso à questão da água, por quê? Porque é uma comunidade que não tem água, elas não tem água, elas pegam água de uma cacimba que fica a alguns quilômetros do local e para ter acesso a essa cacimba elas vão ter que passar por essa cerca por onde passa o canal, por onde vai passar esse rio, e aí até então ninguém sentou com a comunidade para dizer se elas vão ter acesso a essa água, ter por onde ela passar, acessibilidade à água, porque o que está cercado lá... (VC). [...] Consta do projeto executivo e da justificativa de execução, que a finalidade primordial que questionam muito para que essa água, a finalidade primordial da água que vai ser desviada da Transposição do Rio São Francisco, a água essa num montante de 30 m³ por segundo ou 30 mil litros por segundo, ela deve ser destinada prioritariamente ao abastecimento humano, consumo humano, em caráter secundário quando for o caso a abastecimento de indústrias, empresas e etc., ou seja, foi questionado para que. Ele deve ser prioritariamente como já consta do seu projeto, destinado ao abastecimento humano que não só ou da capital do Estado que no término de toda a execução do projeto vai desaguar na Região Metropolitana, mas especialmente de todas as cidades e comunidades que são afetadas pelo seu transcurso, não só as afetadas (RB, MPP).

O pronunciamento feito pelo procurador do Ministério Público Federal trouxe de forma objetiva e elucidativa as incongruências jurídicas e administrativas da obra. Entretanto, o fato que mais surpreendeu na leitura e análise desta ata refere-se ao fato de o Ministério Público Federal relatar ter solicitado esclarecimentos para a FUNAI sobre a presença indígena no traçado da obra, em específico na cidade do Crato e resposta foi a de que não haviam indígenas na região, conforme relatado abaixo:

Foi questionado ainda sobre a questão indígena. Existe no EIA/Rima o registro que alguma comunidade indígena, é em Monte Alverne, Poço Dantas estaria sendo afetada. Quanto a esse ponto questionei a SRH e a FUNAI (Fundação Nacional do Índio), acerca dos registros formais e estudos dessas comunidades. Embora consta esse registro no EIA/Rima pela entidade responsável pela elaboração da EIA/Rima, a FUNAI informou que não há nenhum registro formal, nenhum pedido de reconhecimento, nenhum trabalho formal perante a FUNAI a respeito dessa comunidade. Tendo em vista as informações da FUNAI por enquanto aceitamos que a comunidade não seja diretamente envolvida sem prejuízo de levantamento posterior das informações, o reconhecimento posterior de que ali realmente há uma comunidade indígena seja ela assegurada as determinações

legais, inclusive com alteração da competência para licenciamento ambiental se ali for confirmada realmente a existência da comunidade indígena. Porque a presença da comunidade indígena na área afetada diretamente pelo traçado, obrigatoriamente por lei que seja federal o licenciamento ambiental e não mais estadual como foi feito pela Semace. Foi inclusive objeto de questionamento pelo Ministério Público Federal, mas como a FUNAI informou oficialmente que não tem ainda a respeito dessa comunidade, deixamos por enquanto como entendemos, pelo menos por enquanto, mas não definitivamente regular, o licenciamento pela Semace.

A incongruência explícita da resposta da FUNAI revela a incompetência do Estado brasileiro em reconhecer a presença (e os direitos) dos povos indígenas no Brasil, esta incongruência (atestada nos anexos do presente texto) reside no fato de que, pelo menos desde 1986, a FUNAI tem ciência da presença indígena no Cariri cearense. Ao negar a existência de povos indígenas nesta região, o Estado brasileiro, representado pela FUNAI, negou ao Povo Cariri de Poço Dantas Umari o direito de existir, negou-lhes o direito à reprodução de seus modos de vida e, em virtude disto, causaram sérios danos morais, psicológicos e físicos, conforme descritos nas seções acima.

Um dos meios de compreender a ação do CAC é através da análise das atas das audiências públicas realizadas pelos agentes públicos envolvidos nesta obra. Nela encontramos a oportunidade de verificar a participação da sociedade civil e o modo como o Estado está operacionalizando as políticas públicas.

As audiências públicas, de acordo com art. 37 da Constituição Federal de 1988, devem ser realizadas em virtude do fato de que a ação do Estado deve ser orientada pelos princípios da publicidade e da moralidade. Entretanto, apesar de terem sido formalmente solicitadas à Secretaria de Recursos Hídricos do estado do Ceará, não tivemos acesso aos referidos documentos. Entretanto, de acordo com notícias encontradas em sites de instituições públicas na internet, verificou-se que as audiências foram realizadas, conforme descrito a seguir: a) Presididas pela Secretaria de Meio Ambiente do Ceará (SEMACE) foram realizadas nos dias 17 e 18 de outubro de 2011, três audiências públicas nos municípios de Jati, Missão Velha e Crato e têm como objetivo apresentar o projeto e Estudo de Impacto Ambiental (EIA), de responsabilidade da Secretaria dos Recursos Hídricos (SRH), à população direta e indiretamente afetada pelas obras. Esta audiência, segundo informação divulgada no site da SEMACE, é a penúltima etapa pela qual os empreendimentos passam antes da obtenção da Licença Prévia (LP), a qual aprova a concepção e viabilidade ambiental

dos projetos; b) A Secretaria dos Recursos Hídricos realizou no dia 31 de janeiro de 2012 a audiência pública na cidade do Crato com prefeitos e lideranças dos municípios beneficiários do primeiro trecho do projeto CAC. Esta audiência pública é uma exigência legal para a concessão do Licenciamento da SEMACE; c) Com amparo no artigo 39 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Secretaria de Recursos Hídricos realizou consulta pública para tratar da licitação pública para construção do 1º trecho do CAC.

Observa-se claramente as incongruências nas informações públicas dadas pelo governo do Estado do Ceará e os depoimentos dados na audiência pública, acima referida, realizada no ano de 2015, na Câmara Municipal do Crato, CE, sobremaneira no que se refere à participação da sociedade civil nas instâncias consultivas deste projeto. No âmbito da governança, o governo do estado do Ceará, em 2018, criou o Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado (PDUI), instituído através da Lei Complementar nº 180, que se destina ao contexto de regiões metropolitanas e possui um marco legal consistente e inserido em uma ambiência da governança pública que prevê, em síntese, o compartilhamento do planejamento, gestão e execução das funções públicas de interesse comum (GOVERNO DO CEARÁ, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso situar, primeiramente, os processos de mobilização identitária que estão ocorrendo no Cariri cearense, em específico no município do Crato, a partir de uma perspectiva de garantia de direitos, que são, sobretudo, constitucionais. Observa-se que o estado brasileiro, representado institucionalmente pela FUNAI, negligência o seu papel de garantir os direitos fundamentais dos Cariri em virtude da morosidade nos processos de regularização fundiária do território dos Cariri de Poço Dantas Umari. Embora, tenha ficado evidente neste trabalho que nos dois últimos anos este órgão tenha realizado algumas ações com/nesta comunidade, esta tem se apresentado com baixa eficácia e efetividade e ganha tons dramáticos se situarmos a FUNAI no contexto político atual, de institucionalização do que foi aqui denominado de “política do não reconhecimento”.

A construção do CAC, como evidenciado, alterou de forma irremediável a vida do Povo Cariri e cometeu violação de direitos fundamentais. Ainda que variados documentos produzidos na instância federal reconheçam a presença de indígenas na região, o governo do Estado do Ceará não considerou estas informações. Os Cariri

de Poço Dantas Umari foram invisibilizados pela mesma mão que deveria garantir-lhes condições de dignidade.

Os resultados desta pesquisa possibilitaram evidenciar dois importantes elementos, diversos entre si, mas que estão absolutamente imbricados. O paradigma que alicerça os processos de desenvolvimento em curso na Região Metropolitana do Cariri possui raízes na colonialidade e por esta razão reproduz a violência colonial, usurpando territórios e as vidas contidas nele. Estas evidências estão contidas nos documentos analisados e demonstraram que o Estado brasileiro ignorou a presença de um povo que se autorreconhece como indígena e que, portanto, violou a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho da qual é signatário. Esta convenção prevê que qualquer medida legal ou administrativa que impacte populações originárias deve ser precedida de uma consulta prévia, livre, informada e de boa fé. Nada disso foi cumprido e, portanto, o Povo Cariri de Poço Dantas Umari pode reivindicar juridicamente medidas mitigatórias em virtude dessas violações.

O segundo elemento consiste no fato de que a despeito de toda uma conjuntura violenta, injusta e desfavorável, o Povo Cariri de Poço Dantas Umari vem dizer para o Cariri contemporâneo que eles sempre estiveram aqui, guardando modos de vida peculiares e relacionando-se de forma orgânica, amorosa, e sagrada com a Natureza. Os Kariri não estão no passado, guardados sob o manto de mitos ou artefatos arqueológicos.

AGRADECIMENTOS

Ao povo Cariri de Poço Dantas Umari, por existirem e resistirem. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro concedido para a pesquisa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

CUNHA, Maria Manoela Carneiro; BARBOSA, Samuel (Org.) **Direitos dos Povos Indígenas em Disputa**. São Paulo: Editora UNESP, 2018. 368 p.

DOMINGOS, Ana Larissa Raynara da Silva *et al.* A luta pela água e a busca pela autoidentificação étnica e direito no interior do Ceará. **Rev. Bras. de Direito e**

Gestão Pública. Pombal, PB, v. 8, n. 2, p. 488-507, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RDGP/article/download/8012/7547/>. Acesso em: 28 set. 2022.

FLORÊNCIO, Thiago de Abreu e Lima *et al.* Identidades indígenas e articulação Kariri: reflexões a partir do I Seminário Povos Indígenas do Cariri Cearense (2019). In: SANTOS, Joaquim dos; VIANA, José Ítalo Bezerra. **Ceará de norte a sul: estudos de história e culturas**. Crato, 2021.

GOVERNO DO CEARÁ. Lei complementar nº 180, 18 de julho de 2018. Dispõe sobre o programa de governança interfederativa do estado do Ceará, denominado "Ceará um só". **Assembleia Legislativa do Estado do Ceará**, Fortaleza: Banco Eletrônico de Leis Temáticas, 18 jul. 2018.

MIOTTO, Thiago. **PL 490**: veja como votaram deputados e partidos na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara. Conselho Indigenista Missionário. 2021. Disponível em: <https://cimi.org.br/2021/07/pl-490-como-votaram-deputados-partidos-comissao-constituicao-justica-camara/>. Acesso em: 28 set. 2022.

NASCIMENTO, Joedson da Silva. **O aparecimento político e o repertório de lugares dos Cariri de Poço Dantas-Umari, Crato – Ceará. 2021**. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Estudos Socioambientais Programa de Pós-Graduação em Geografia, Goiás, 2021.

NOBRE, Francisco Wlirian. **Os efeitos do Cinturão Das Águas Do Ceará - CAC no distrito de Baixo Das Palmeiras, Crato-CE**. 2017. 203f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável) - Universidade Federal do Cariri, Ceará, 2017.

PINTO, Simone Rodrigues. A Convenção 169 da OIT e o Direito da Consulta Prévia. In: SILVA, C. T., LIMA, A. C. S., BAINE, S. G. (Org.). **Problemáticas Sociais para Sociedades plurais: políticas indigenistas sociais e de desenvolvimento em perspectiva comparada**. São Paulo: Anna Blume, 2009.

LIMA, Antônio Carlos Souza. Sobre tutela e participação: povos indígenas e formas de governo no Brasil, séculos XX/XXI. **Mana Revista de Antropologia Social**. v. 21, n. 2, p. 425-457, ago. 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p425>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/Hq63jTNN9yHhPTQ4PjXjBdw/?lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2022.

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A COMUNIDADE LGBTQIA+:

um estudo exploratório no estado do Ceará

**PUBLIC POLICIES FOR THE LGBTQIA+ COMMUNITY:
an exploratory study in Ceará**

Luiz Felipe de Sousa Fideles
Polliana de Luna Nunes Barreto
Ana Cleide Silva Souza

RESUMO

Este artigo propõe uma reflexão acerca do contexto da ação das políticas públicas voltadas para a comunidade composta por Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, intersexuais, agêneros, assexuais e mais (LGBTQIA+), possuindo como recorte territorial o estado do Ceará. Sob essa perspectiva serão abordadas questões referentes aos conceitos de políticas públicas e identidade LGBTQIA+. O objetivo deste trabalho é ponderar sobre a existência desse tipo de política pública no Ceará, mapeando por área de atuação e objetivo, projetos que visem a inclusão e garantia de direitos e promoção da cidadania do movimento LGBTQIA+. Numa perspectiva discursiva crítica, foi analisada a interação entre as políticas públicas e a população LGBTQIA+ no Brasil, promovendo uma breve apresentação da conjuntura histórico-teórica da criação e execução das principais políticas públicas no país. Além do exposto, o estudo sobre as políticas públicas no estado do Ceará culminou na execução de um quadro sobre elas. Concluímos que a despeito da existência de tais políticas, a cidadania LGBTQIA+ sofre diversos entraves na sua concretização o que demanda do estado o fortalecimento de ações voltadas à questão.

Palavras-chave: Comunidade LGBTQIA+; Políticas Públicas; Ceará.

1 INTRODUÇÃO

A história do movimento formado por lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, intersex, agêneros, assexuais e mais (LGBTQIA+), é marcada por lutas e reivindicações. Nesse contexto, na contemporaneidade, a comunidade subverte tabus impostos socialmente e busca a saída da posição de invisibilidade e atuando na busca pela participação na sociedade.

O preconceito domina tornando a efetivação da cidadania um desafio para o indivíduo integrante da comunidade LGBTQIA+. Desse modo, a presente pesquisa reflete sobre as políticas públicas atuando como ferramenta de reivindicação de direitos na arena política. O debate aqui proposto assume tais ações como fundamentais para suprir as carências da população LGBTQIA+, carência essas refletidas na fragilidade de direitos como à autonomia, segurança, integridade física e moral, e liberdade existencial. Direitos estes assegurados constitucionalmente (CRFB, 1988), possuindo como agente regulador o Estado nacional. Para além, o artigo se propõe a identificar na unidade federativa cearense a presença de ações voltadas a essa população tendo como agente prioritário o ente estatal.

Nesse sentido, o presente artigo tem como **objetivo geral**, mapear políticas públicas voltadas para a manutenção dos direitos da comunidade LGBTQIA+ no Ceará. Para tanto, a pesquisa possui os seguintes **objetivos específicos**:

- explorar a literatura especializada nas categorias: políticas públicas e identidade LGBTQIA+;
- observar o ponto de intersecção e interação existentes entre a comunidade LGBTQIA+ e as políticas públicas existentes, considerando sua caracterização e área atuante.

A pesquisa justifica-se na urgência da ampliação dos saberes acerca da temática, em especial voltada para expansão de conhecimento sobre medidas de inclusão LGBTQIA+. Também o artigo possui a justificativa social, considerando a divulgação dessas políticas públicas, o que pode fomentar a procura e maior participação da comunidade nas ações estaduais que visam atingir o público LGBTQIA+. Além disso, quanto ao caráter político, se relaciona com a promoção do engajamento do movimento na luta pela maior implementação e eficácia das políticas públicas.

Por conseguinte, o referencial teórico alicerça a compreensão de conceitos como identidade LGBTQIA+ e Políticas públicas, essenciais para definição e caracterização do objeto de estudo. Em consonância, faz-se uso dos métodos qualitativo e indutivo, assim como as técnicas de coleta referentes à pesquisa bibliográfica e documental na produção do conhecimento científico.

Nessa perspectiva, apresenta-se a interação entre base teórica, contexto sócio-histórico e a conjuntura cearense da existência de políticas públicas LGBTQIA+. Desta

forma, o conjunto dos estudos culminou na formulação de um quadro de políticas de projetos LGBTQIA+ no território cearense. Em suma, no artigo apresentam-se contribuições que permitem provocar reflexões sobre o atual panorama da ação das políticas públicas LGBTQIA+ no Ceará, tal qual o modo como os projetos atingem o movimento identitário.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Considerações teóricas sobre políticas públicas

A priori, torna-se necessário entender o conceito de política pública para assim relacionar sua ação com a promoção de direitos a grupos marginalizados, como o representado pela comunidade LGBTQIA+. Nesse sentido, para Santos (2013), antes mesmo de refletir sobre política públicas é essencial analisar a idealização da política.

Desse modo, por meio do estudo da política grega, o autor utiliza-se do conceito de cidade (polis) para definir a política possuindo um triplo significado, o primeiro denominado polity se relaciona com a concepção do Estado incluindo atores sociais e instituições, o segundo politics que refere-se ao poder político que os cidadãos detêm ou desejam.

Por fim, o terceiro é policy que se designa a busca pelo bem comum por meio de ações propostas pelo Estado. Portanto, para Santos (2013), as políticas públicas seriam a integração do primeiro e terceiro conceitos de política, assim tornando-a ação estatal ferramenta de criação de projetos em prol do bem comum.

Em outra perspectiva, para Howlett, Ramesh e Perl (2009), a construção de políticas públicas envolvem duas principais dimensões: a técnica, a qual se orienta na melhor interação entre objetivos e instrumentos e a política na qual ocorrem as discussões por parte dos fazedores das políticas públicas sobre os diversos problemas públicos. Desse modo, os autores conceituam a política pública como a procura pela resolução de um impasse ou problemática de caráter de relevância social.

Além disso, Nascimento (2018) na sua tese, a partir dos pensamentos de diversos intelectuais, evidencia o caráter interdisciplinar que as políticas públicas têm se voltado na contemporaneidade, de modo que se promovem por meio da influência das diversas áreas do conhecimento, tais como a economia, psicologia,

administração pública, direito etc.

Ademais, de acordo com Nascimento (2018), os pensadores pós-positivistas acreditam que as políticas públicas ultrapassam a visão racional de apenas partirem de um problema público. De modo que deve-se levar em conta a dinâmica dos diversos grupos sociais, que abrangem aspectos sociais, culturais, econômicos, ambientais e políticos, ou seja, extrapolam os enquadramentos quantitativos, considerando características qualitativas na construção das políticas públicas. Além disso, os pós-positivistas ainda acreditam numa maior participação de diversos atores sociais na composição da política pública.

Em consonância, Nascimento (2018) reflete sobre a teoria da Mirada ao revés, formulada por Bullosa (2013), nela é apresentada uma perspectiva das políticas públicas desviantes da visão estadocêntrica. Segundo o autor,

A Mirada ao Revés é uma abordagem de compreensão de políticas pautada num olhar diferente da visão estadocêntrica, que parte de trás para frente, da popa à proa, e inclui outros atores nos fluxos de políticas públicas antes não considerados (invisibilizados), tal como reza a visão sociocêntrica. O cerne dos estudos encontra-se no problema social, admitido aqui não somente no âmbito do interesse estatal, mas sim como o objeto que interessa a todos. Esses problemas ou questões sociais são encarados como um bem público e, por isso, a eles são dirigidas ações de preservação ou não degradação (NASCIMENTO, 2018, p. 96).

Portanto, percebe-se as políticas públicas atuando como ferramenta para garantia de direitos de determinado grupo social, interagindo com a resolução de uma problemática em busca do bem comum. Assim, tais ações no caso do público LGBTQIA+ operariam não só na inclusão do grupo por ora marginalizado socialmente, nas diversas estruturas sociais, mas também auxiliariam na execução da cidadania e participação da comunidade, garantindo o bem-estar social, diminuindo preconceitos e desigualdades.

2.1.1 Políticas públicas e comunidade LGBTQIA+ no Brasil

Na década de 1980, a epidemia de HIV/AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida) iniciou uma discussão no Brasil sobre a questão das políticas públicas para a comunidade LGBTQIA+ relacionadas à contenção da epidemia, que qualificava a Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) como calamidade na saúde pública.

Contudo, cabe ressaltar que essas inúmeras ações na contenção do vírus estavam envoltas de preconceito, de forma que se naturalizou uma relação direta entre a homossexualidade e o human immunodeficiency virus (HIV). Em outra perspectiva, os projetos bem sucedidos de combate a AIDS culminaram na expansão do movimento LGBT, assim iniciando uma aliança entre a comunidade e determinadas áreas do governo brasileiro.

Outrossim, de acordo com Simões e Facchini (2009), estabeleceu-se a formação de diversas associações e fortalecimento de agrupamentos politizados pela causa homossexual, por meio de financiamentos governamentais e do apoio de instituições internacionais de combate ao HIV. Portanto, a luta contra a disseminação da patologia, durante um período, atuou no ganho de visibilidade para a causa LGBT, fomentando debates sobre a homossexualidade em diversas estruturas da sociedade.

Seguindo a progressão histórica, com o fim do regime civil-militar no Brasil e início da redemocratização, a comunidade pressionou o governo para que houvesse na nova constituição a criminalização da homofobia, todavia devido à atuação de grupos conservadores, a lei para que punisse ações discriminatórias com base na orientação sexual não foi incluída na Carta Magna de 1988. De acordo com Junior e Mendes (2021), as diligências do grupo passaram a focar-se em reivindicações por políticas públicas voltadas para a garantia do desempenho da cidadania.

Em consonância, na década de 2000, a principal política pública inclinada para a comunidade LGBTQIA+ foi denominada Brasil sem homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transexuais e Bissexuais (GLTB) e de Promoção da Cidadania de Homossexuais (CNCD, 2004), criada através de ações desenvolvidas pelo governo em parceria com organizações da sociedade civil, tem por objetivo a inclusão da perspectiva da não-discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, nas políticas públicas e estratégias do Governo Federal, a serem implantadas (parcial ou integralmente) por seus diferentes Ministérios e Secretarias (CNCD, 2004). Contudo, o projeto não atingiu sua finalidade por diversas razões, como entraves governamentais e divergências com grupos conservadores no país. Por conseguinte, diversos eventos foram realizados para a melhoria da efetivação do programa, como é o caso da I Conferência Nacional LGBT, em 2008, que resultou na publicação do plano nacional de promoção da cidadania e garantia de direitos humanos para comunidade LGBT.

Em suma, no Brasil, tais políticas públicas são muito recentes, o que reflete na necessidade do amadurecimento dessas ações e de uma perspectiva de criação isenta de preconceitos. Entretanto, estas ações atuam diretamente na remodelação e alicerçamento de saberes referentes ao entendimento e normatização dos diversos modos de expressão da sexualidade. Nesse sentido, iniciando com políticas públicas no campo da saúde, os atores governamentais em conjunto com as militâncias, ao longo das últimas décadas, ampliaram as áreas de atuação e formaram uma esfera pública para a discussão de políticas públicas para a comunidade LGBTQIA+. Além disso, em meio aos avanços e retrocessos, em uma sociedade criada a partir da matriz heteronormativa, estas políticas públicas atuam como agentes de inclusão de uma comunidade historicamente e socialmente excluída, também procuram, como já foi visto, auxiliar na construção da compreensão do indivíduo sobre si e no reconhecimento do ser sobre sua sexualidade.

Por fim, Foucault (1970; 2008) acreditava que a sexualidade e a política estão numa posição de privilégio para o discurso, visto que nesses espaços a interdição está intimamente ligada ao poder. Nesse sentido, segundo Sampaio e Germano (2014), no caso da sexualidade e da política elas se unem, e é nesse espaço que se estabelece quem possui o poder de discutir sobre o assunto, o que é permitido falar e em que circunstâncias. Para além, Foucault (1970; 2008 p. 10 *apud* SAMPAIO; GERMANO, 2014, p. 294) cita que “não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta”, assim entende-se que a proporção que as políticas públicas são pensadas e executadas consolida-se saberes sobre quem são as pessoas LGBTQIA+ e suas carências.

2.2 Construção da identidade LGBTQIA+

O percurso da despatologização da homossexualidade é recente, apenas em 1973 ela deixa de ser considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma doença psiquiátrica, desse modo através dessa despatologização a homossexualidade ganhara uma nova visão científica, moral e social, o que proporcionou os primeiros passos pela população gay em busca de sua identidade. Nessa perspectiva, segundo Sampaio e Germano (2014), inspirados nos movimentos feministas e raciais, na década de 80, o movimento gay buscava alterar as percepções e constructos da sociedade que viam a comunidade como seres que não se encaixavam nos padrões heteronormativos comumente naturalizados, logo eram excluídos das relações sociais. Para além disso, a luta por direitos civis na época atuou, conforme os autores, na gênese da identidade gay e lésbica, percebe-se então a simbologia por trás do

movimento identitário e a constante busca pela inclusão da comunidade na sociedade.

Em outra perspectiva, Bortoletto (2019) acredita que seria precipitado concluir que a identidade da comunidade LGBTQIA+ decorre apenas de uma necessidade compartilhada de superar os desafios que essas pessoas enfrentaram ao longo de sua história. Nesse sentido, se anteriormente a sigla do movimento se detinha apenas a gays, lésbicas e simpatizantes (GLS), a sua progressão, criou ou incluiu inúmeras sexualidades que difere do padrão heterossexual cisgênero.

Dessa forma, atualmente, a sigla LGBTQIA+ atua como representação da identidade queer, assim compreendida conforme Louro (2004) para quem queer é um jeito de pensar e ser e que não tem a propensão de ser o centro ou uma referência; por outro, lado desafia a normatização e se coloca como a crítica, assumindo a ambiguidade. A sigla reúne na sua composição representação da identidade queer, incluindo na sua composição bissexuais, transexuais, intersexuais, assexuais e o plus significa as demais orientações sexuais e identidades de gênero para que todas as pessoas da comunidade sejam representadas.

Em consonância ao assunto, Íñiguez (2004) cita que:

O conceito de identidade está associado a uma visão dos indivíduos e de coletividades como portadores de características exclusivas e relativamente permanentes, determinadas seja por genes, seja por uma estrutura psicológica, como ocorre na perspectiva psicanalítica (INGUEZ, 2004, *apud* SAMPAIO; GERMANO, 2014).

Dessa forma, entende-se a identificação como reflexão de características intrínsecas às condições humanas, no caso das sexualidades a identidade representaria a multiplicidade e diversidade dos modos de viver o desejo e “exercer” a sexualidade.

Além disso, a crítica queer, de acordo com Sampaio e Germano (2014), propõe refletir sobre o modo como os grupos baseados na identidade gay não são capazes de contemplar a pluralidade de expressões sexuais desviantes dos padrões heteronormativos. Assim, o movimento queer demonstra como a sociedade acaba por manipular e normatizar a sexualidade por meio de uma heterossexualidade compulsória.

Portanto, o queer surge com o intuito de opor qualquer forma de controle sexual, questionando construções identitárias e indo contrário ao regime de poder que classifica os corpos, ou que enquadram práticas de desejo em “normais” e “anormais”. Sampaio e Germano (2014) ainda ressaltam que “Entende que a

construção de políticas com base numa identidade sexual limita o público alvo a ser contemplado, como também restringe as possibilidades de se exercer livremente a sexualidade” (SAMPAIO; GERMANO, 2014).

Para além, Brah (2006) situa que questões de identidade se relacionam intimamente com experiências empíricas dos indivíduos, possuindo carga de subjetividade e interferência das relações sociais. Dessa forma, uma mulher transgênero não passa pelas mesmas situações que um homem gay, visto que o gênero em si já condiciona diferenças nas relações sociais existentes entre sexualidade e sociedade. Por conseguinte, Brah (2006) evidencia que essas particularidades moldam a identidade do indivíduo de modo único, se condicionando na articulação entre identidades individuais e experiências coletivas de um determinado grupo.

Portanto, as diversas formas de identidade coexistem e se relacionam entre si, entende-se que a identidade é um processo, logo é vista como mutável assim como a comunidade LGBTQIA+. Outrossim, cada letra da sigla traz consigo uma vertente da comunidade, representados histórias, vivências, entendimento de corpos e personalidades diversas, assim percebe-se uma interação mútua tanto da comunidade no indivíduo, quanto do indivíduo na comunidade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação metodológica da pesquisa sistematiza a realidade dos fatos e os fenômenos por meio de análise para descobrir as causas através da delimitação, esse processo é necessário para comprovar o conhecimento científico (MARTINS; THEÓPHILO, 2009). A princípio, este artigo possui caráter de estudo original, ou seja, detém a perspectiva de analisar e atingir os objetivos propostos por meio da observação de dados primários e secundários. Para tanto, faz uso de técnicas de coleta tanto na via da pesquisa bibliográfica quanto da pesquisa documental.

Segundo Marconi e Lakatos (2003), a pesquisa bibliográfica “não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 183). A pesquisa bibliográfica busca analisar e investigar as contribuições teóricas sobre um determinado assunto.

Neste seguimento, a primeira etapa consistiu na definição do problema/

questão de pesquisa e estratégia de recorte temático. A segunda etapa instituiu-se na pesquisa por artigos científicos nas bases de dados, Scopus e Web of science, através das seguintes palavras-chave: Políticas públicas, comunidade LGBTQIA+ e Ceará, entre os anos de 2009 a 2021, recuperando um total de 25 materiais. Neste sentido, o primeiro critério de inclusão e exclusão do material bibliográfico ocorreu por meio da leitura dos resumos dos artigos, assim foram selecionadas as produções acadêmicas que mais se alinhavam com os objetivos teórico-metodológicos da pesquisa. Dessa forma, a partir dessa filtragem foram selecionados os seguintes principais artigos como base teórica:

Quadro 1 - Documentos selecionados

AUTORES	TÍTULO	ANO
Mello, Britto e Maroja	Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades.	2012
Sampaio e Germano	Políticas públicas e crítica quer, algumas questões sobre identidade LGBT.	2014
Souza	Políticas públicas para população LGBT no Brasil: do estado de coisas ao problema político.	2015
Nascimento	A expansão da educação superior como estratégia de desenvolvimento territorial: o caso da Universidade Federal do Cariri.	2018
Andrade	Políticas públicas LGBT: quais os impactos da política "Brasil sem Homofobia" para a comunidade LGBTQIA+?	2020
Junior e Mendes	Políticas públicas para a população LGBT: uma revisão de estudos sobre o tema.	2021

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Por conseguinte, os textos foram lidos e fichados, além disso foram base para a leituras de diversas obras e autores que eram citados e descobertos, e também embasaram teoricamente o artigo, dito isto essas obras auxiliaram direta ou indiretamente a composição da pesquisa bibliográfica do trabalho. Para além, fez-se uso da pesquisa de caráter qualitativo, que se propõe a analisar aspectos mais profundos e intrínsecos ao comportamento humano. Dessa forma, o artigo usa do objeto de estudo para refletir e problematizar aspectos relacionados à sociedade, investigando as políticas públicas atuando na coletividade e tendências de comportamento de certa comunidade, no caso a LGBTQIA+.

Em sequência, através de um mapeamento no site oficial do Governo do Estado do Ceará, foi elaborada uma tabela de políticas públicas voltadas para a

comunidade, que vai ao encontro do objetivo geral da pesquisa. A tabela foi dividida em três colunas, na primeira encontram-se as denominações ou leis que instituem as políticas públicas, na segunda observam-se especificações e objetivos das ações, por fim, na terceira, é elencada a área de atuação da política pública. Em sequência, foram identificadas ações que têm por objetivo a garantia da inclusão da população LGBTQIA+ cearense, projetos estes que englobam diversas áreas de atuação como saúde, segurança, educação, cultura e direitos humanos.

Em consonância, observa-se a influência do método indutivo durante a operacionalização da pesquisa, conforme

Indução é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto, o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 86).

Assim, o método indutivo atuou como ferramenta de interconexão entre as conceituações, culminando na maior coesão entre as partes da pesquisa. O método também relaciona-se com o estudo de diversas políticas públicas particulares, mas que após a análise crítica e sistemática resultou em sínteses e conclusões mais amplas sobre o foco do estudo.

Portanto, a pesquisa fez uso da observação, indagação, interpretação, reflexão e análise, no planejamento, construção e redação do artigo. Desse modo, empreendem-se os métodos como ferramentas que lapidam o objeto de estudo e culminam em aspectos que preenchem questões referentes ao objetivo geral da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Mapeamento de Políticas Públicas LGBTQIA+ no Ceará

Diante das considerações teóricas e da construção de conceitos, passamos para uma indagação que questiona sobre a existência ou não de políticas públicas para a comunidade LGBTQIA+ no Ceará. Nesse sentido, foi elaborada uma tabela de políticas públicas por meio de pesquisas realizadas no portal oficial do Governo do Estado do Ceará, a qual condensa essas ações governamentais e elucida sobre as

características da política destacada, bem como sua área de atuação.

Quadro 2 - Mapeamento de políticas públicas LGBTQIA+ no Ceará

POLÍTICA PÚBLICA	SOBRE A AÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO
Projeto Assistência Social de Todes	Visa a capacitação de servidores públicos na perspectiva da prevenção e do enfrentamento a LGBTfobia nos equipamentos da Rede Socioassistencial; da garantia de acesso a direitos básicos, programas habitacionais e serviços ofertados nos equipamentos de cada cidade.	Educação
Observatório Cearense dos Crimes Correlatos por LGBTQIAPNfobias	Objetivo de monitorar crimes e emitir relatórios sobre investigações criminais referentes à comunidade.	Segurança
Lei Estadual nº 13.833/2006	Obriga, nos cursos de formação, treinamento e reciclagem a serem ministrados, direta ou indiretamente, pelas polícias Civil e Militar do Estado do Ceará aos seus integrantes de qualquer nível ou hierarquia, a incluir na disciplina de Direitos Humanos conteúdo pedagógico sobre orientação sexual.	Segurança
Mapa de risco	O Estado do Ceará é o pioneiro a implantar dentro do mapa de risco, de vulnerabilidade social a classificação de violências em razão de HOMOFOBIA.	Segurança
Lei nº17.480	Determina a fixação de avisos contra a discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero em estabelecimentos públicos e privados.	Segurança
Pacto de enfrentamento à LGBTfobia no Cariri	O objetivo do Pacto é promover e articular ações que combatam a violência LGBTfóbica no Estado, visando o respeito à dignidade e à diversidade humana.	Segurança
Centro Estadual de Referência LGBT	Construção de espaço para atendimento da população LGBT, com suporte operacional e logístico de uma Unidade Móvel, com a prestação de serviço qualificado, especializado e humanizado voltado à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais cearenses.	Segurança

Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Promoção LGBT	Objetiva coordenar a formulação e implementação de políticas públicas para a população LGBT, promovendo sua disseminação em todo o Estado,	Direitos Humanos
Lei nº 14.687, de 30 de abril de 2010	Lei que garante o direito a companheiros(as) de servidores(as) estaduais inclusive os do mesmo sexo a terem os direitos previdenciários garantidos.	Direitos Humanos
Resolução nº 437/12	Dispõe sobre a inclusão do nome social de travestis e transexuais nos registros internos do sistema estadual de ensino e dá outras providências.	Direitos Humanos
Portaria nº 544/2010	Fica assegurado aos(as) servidores(as) públicos e colaboradores desta Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social – STDS, o uso do nome social adotado por travestis e transexuais.	Direitos Humanos
Conselho Estadual de Combate à Discriminação LGBT	Monitora, fiscaliza e avalia a execução de políticas públicas para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.	Direitos Humanos
Decreto nº 32.188	Instituído pelo governo cearense com intuito de efetivar um plano estadual de enfrentamento à discriminação lgbtfóbica.	Direitos Humanos
Projeto Querer	Beneficia 160 detentos da comunidade LGBT em unidades prisionais do Ceará, Valorizar a comunidade LGBT e auxiliar na ressocialização desses detentos é o grande trunfo do Projeto Querer.	Direitos Humanos
Lei Estadual nº 13.644/2005	Institui o dia 28 de junho como o Dia do Orgulho Gay e Livre Expressão Sexual no Estado do Ceará.	Cultura
Paradas pela diversidade sexual	A arte, construída pela ativista, negra e travesti Labelle Rainbow faz alusão às pautas políticas de reivindicação do movimento LGBTI+, a luta pela vidas das mulheres e ainda faz referência aos 50 anos da Revolta de Stonewall, aos 30 anos do Grupo de Resistência Asa Branca enquanto organização LGBTI+ mais antiga do Ceará e aos 20 anos de construção das Paradas pela Diversidade Sexual do Ceará.	Cultura

Lei nº 14.820, de 20 de dezembro de 2010 (Semana Luis Palhano Loiola)	Lei que estabelece a Semana da Diversidade Sexual do Estado do Ceará, que é comemorado na semana que antecede o último domingo do mês de junho de cada ano.	Cultura
Plataforma LGBT+	A ferramenta foi desenvolvida para facilitar o cadastramento e contribuir com o acesso da comunidade LGBT+ aos serviços de intermediação de mão de obra e às vagas de emprego disponíveis no sistema IDT/Sine.	Economia
Outubro Rosa: A saúde das mulheres lésbicas ainda é tabu na prevenção à doença.	Trabalha a humanização do atendimento, nos mais diversos serviços de saúde.	Saúde
Outubro Rosa e população trans: prevenção para todos.	Campanha de conscientização da prevenção ao câncer de mama, voltada para a população transgênero.	Saúde

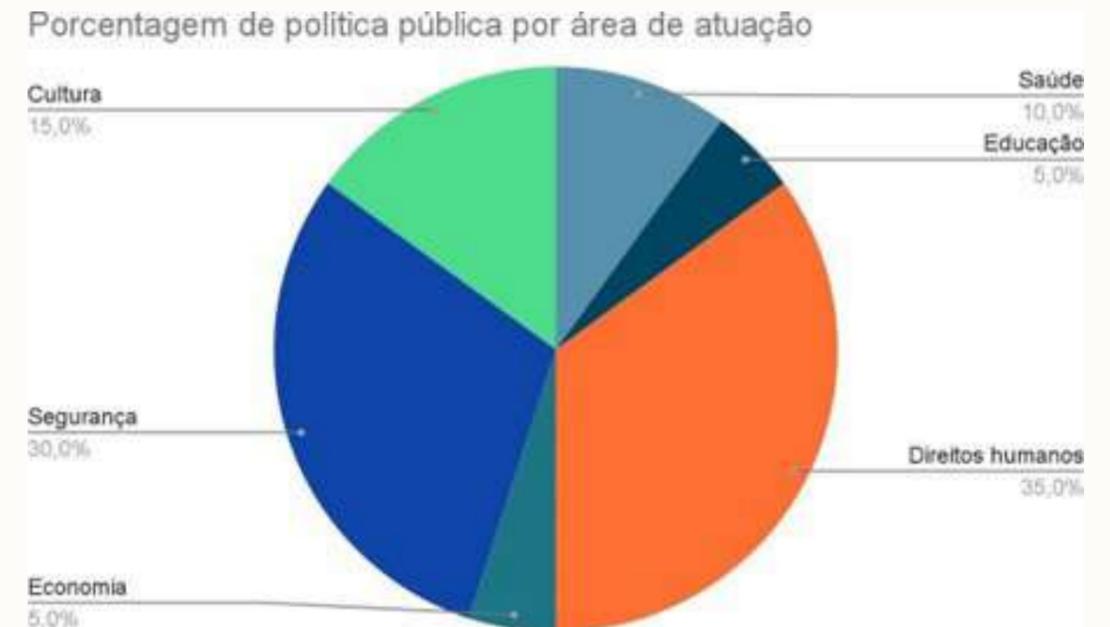
Fonte: Autoria própria (2022).

Como cita Mello, Brito e Maroja (2012), o que se verifica é que nunca se teve tanto, e o que existe é praticamente nada no que se refere às políticas públicas para a comunidade LGBTQIA+. Nesse sentido, no Ceará, as vinte ações mapeadas são um avanço no que concerne às práticas de diversidade e conquista de direitos do público alvo das políticas públicas. Todavia, tais ações ainda são insuficientes no que diz respeito às carências dessa população em muitas áreas. Cabe ressaltar a divisão desequilibrada das políticas públicas por área de atuação, de modo que observam-se áreas que polarizam uma maior quantidade de ações, enquanto outras carecem de projetos que visem a amenização das complexas problemáticas que se ramificam nas diversas estruturas sociais as quais impedem o pleno exercício da cidadania.

Outrossim, em análise, cerca de 35% dos projetos são voltados para garantia de direitos humanos, 30% para segurança, 15% para área cultural, 10% são políticas públicas de saúde, 5% de educação e os outros 5% são ações LGBTQIA+ voltadas para a economia. Ressalte-se que esta classificação por área foi feita pelo estado do Ceará proponente dos projetos, sendo o dado retirado dos documentos constantes no sítio eletrônico do governo do estado. Apesar da necessidade de observar as políticas públicas sob seu aspecto interdisciplinar, não é dessa forma que as

políticas públicas são comunicadas pelo estado, o que nos faz refletir se elas são implementadas de forma interdisciplinar.

Gráfico 1 - Porcentagem de Política pública por área de atuação



Fonte: Autoria própria (2022).

Em consonância, torna-se essencial evidenciar a concentração das políticas públicas nos grandes pólos urbanos cearenses, como a região metropolitana de Fortaleza e a região metropolitana do Cariri. Nesse viés, levanta-se uma questão a ser explorada em futuras pesquisas, qual seja a hipótese da exclusão de parte da população LGBTQIA+ do Estado nas políticas públicas, ou seja, a comunidade dos pequenos municípios, especialmente aqueles distantes das regiões metropolitanas, localidades que sofrem com as mazelas do preconceito e homofobia.

Em outra perspectiva, constata-se que letras da sigla, como o caso dos bissexuais, intersexuais, assexuais, entre outros, em demasia não são englobados no planejamento dessas políticas públicas. Para além, outras letras das siglas como é o caso das travestis e transsexuais possuem pouca visibilidade na estruturação dos projetos estaduais. Dessa forma, cabe a formulação de estudos sobre a ampliação e presença da equidade no planejamento das políticas públicas LGBTQIA+ no Ceará.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história do movimento LGBTQIA+ é marcada pela constante luta em busca de representatividade cidadã, dessa forma, é indissociável a ação de políticas públicas e a garantia do bem estar social da comunidade LGBTQIA+, histórica e socialmente invisibilizada. Nesse sentido, com o avanço das políticas públicas, muitas necessidades tornaram-se aparentes, desse modo as mudanças que ocorreram na sigla na última década, evidenciam fragilidades referentes nos projetos que tem por finalidade a inclusão da comunidade LGBTQIA+. Essa argumentação se apoia no abandono da noção de identidade que inclui a representação de uma diversidade de indivíduos dentro das políticas públicas. Assim, é necessário, a princípio, a presença da equidade na formulação dos projetos.

Em sequência, este artigo possui como objetivo central o mapeamento de políticas públicas no território cearense. Em vista disso, a elaboração do quadro das políticas públicas elucida sobre a ação do planejamento estatal de empreendimentos voltados para a comunidade LGBTQIA+ na unidade federativa. Dessa forma, os projetos no Ceará tem o condão de auxiliar na inclusão, representatividade e garantia de direitos civis dos indivíduos que englobam a movimento identitário dentro do limite territorial estadual, todavia as vintes ações mapeadas ainda são insuficientes, haja vista a influência de aspectos como a concentração das políticas públicas nos grandes conglomerados populacionais, criando uma relação de causalidade com o abandono, ineficácia ou inexistência dessas ações nos pequenos municípios do estado, o que demanda uma investigação posterior com esse recorte geográfico.

Além disso, é observado desbalanceamento entre a área de atuação das políticas públicas, de modo que algumas ações focam em determinadas áreas de atuação, enquanto outras sofrem com a escassez de políticas públicas LGBTQIA+ para as suas demandas. Além disso, no que se refere aos objetivos secundários, por meio do referencial teóricos os conceitos tanto de identidade LGBTQIA+ quanto de políticas públicas, auxiliaram na base e concepção de um caminho teórico-metodológico que culmina na execução do quadro de políticas públicas cearenses apresentado nesta comunicação. Outrossim, o percurso brasileiro quanto a execução das políticas públicas a nível nacional, tornou possível compreender e refletir sobre a interconexão entre os conceitos analisados pelos diversos autores estudados.

Em suma, a politização e participação do movimento identitário LGBTQIA+ nas políticas públicas estaduais e nacionais, representa a luta desses cidadãos em

busca de direitos constitucionalmente garantidos, mas reprimidos devido a construção histórico-cultural baseada no preconceito, homofobia e no enquadramento em práticas heterossexuais. Ademais, os efeitos substanciais da ação das políticas públicas LGBTQIA+ no que concerne aos direitos civis simboliza uma construção de ações que lentamente se distanciam de tabus, atuando na desconstrução da forma engessada de fazer política pública, que possuía como base ideologias exclusivas e restritivas de pensamento. Portanto, forma-se uma estratégia que se baseia nos pilares da inclusão, naturalização da homossexualidade e normatização e criação de políticas LGBTQIA+, de modo que se conquiste uma participação ativa e democrática e assim amplie-se a defesa dos direitos emancipatórios que promovam a legitimação da cidadania LGBTQIA+.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Gabriel Souto de. **Políticas públicas LGBT**: quais os impactos da política “Brasil sem Homofobia” para a comunidade LGBTQIA+? Disponível em: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB: Políticas públicas LGBT: quais os impactos da política “Brasil sem Homofobia” para a comunidade LGBTQIA+?.
- BORTOLETTO, Guilherme Engelman. **LGBTQIA+**: identidade e alteridade na comunidade. São Paulo: USP, 2019.
- BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, [S. l.], v. 26, p. 329-376, jan./ jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/B33FqnvYyTPDGwK8SxCPmhy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao. Acesso em: 22 abr. 2022.
- CNCD - Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- DE LIMA, Francisco Welder Silva. COMUNIDADE LGBT+ E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: CONQUISTAS E DESAFIOS. **Revista Extensão**, v. 4, n. 2, p. 69-79, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/2512>. Acesso em: 18 abr. 2022.
- FOUCAULT, Michel. (2008). **A ordem do discurso**: Aula inaugural no Collège de France. Tradução de L. Sampaio. São Paulo, Loyola. (Original publicado em 1970).
- GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2022. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/>. Acesso em: 22 abr. 2022.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems**. 3. ed. Oxford University Press, 2009.

ÍÑIGUEZ, L. **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Tradução de V. L. Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

LOURO, Guacira Lopes. **Um Corpo Estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. Atlas, 2003.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cadernos pagu**, [S. l.], v. 39, p. 403-429, jul./dez. 2012.

NASCIMENTO, Ives Romero Tavares do. **A expansão da educação superior como estratégia de desenvolvimento territorial: o caso da Universidade Federal do Cariri**. 2018. Tese (Doutorado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2018.

SAMPAIO, Juliana Vieira; GERMANO, Idilva Maria Pires. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, p. 290-300, 2014.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A Universidade no Século XXI: Para uma reforma Democrática e Emancipatória da Universidade. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; ALMEIDA FILHO, Naomar (Org.). **A Universidade no Século XXI: Para uma Universidade Nova**. Coimbra: Almedina, 2008.

SIMÕES, J.; FACCHINI, R. **Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

SOUSA JÚNIOR, Carlos Augusto Alves de; MENDES, Diego Costa. Políticas públicas para a população LGBT: uma revisão de estudos sobre o tema. **Cadernos EBAPE. BR**, 19, p. 642-655, 2021.

SOUZA, Camila Cristina de Castro. Políticas públicas para população LGBT no Brasil: Do estado de coisas ao problema político. In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2015.

ARTIGO 3

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS

COM ESTOMIAS:

uma revisão narrativa

PUBLIC POLICIES FOR PEOPLE WITH SOMIES: a narrative review

Gledson Micael da Silva Leite

Luana de Souza Alves

Natannael da Silva Pereira

Estelita Lima Cândido

Marlene Menezes de Souza Teixeira

Sandra Mara Pimentel Duavy

RESUMO

A estomia é o resultado de uma cirurgia na qual se realiza a exteriorização de uma parte do sistema respiratório, digestório ou urinário, através da construção de um orifício externo chamado estoma que possibilita a comunicação entre órgãos internos com o ambiente exterior. A Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) estima que, atualmente, o Brasil apresenta aproximadamente 400 mil pessoas com estomias. Nesta perspectiva, é importante que os profissionais de saúde tenham ciência dos direitos que as pessoas com estomias possuem e através da divulgação dessas informações possam orientá-las com o intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida a este público. O presente capítulo tem como objetivo reunir textos científicos da literatura e analisar documentos sobre legislação, portarias e principais políticas públicas destinadas às pessoas com estomias no Brasil. Foram acessados textos científicos extraídos da base de dados google acadêmico e arquivos documentais do site do Ministério da Saúde e demais órgãos governamentais. A consulta do material de estudo revela que, ao longo do tempo, o direito ao acesso a políticas públicas destinadas a pessoas com estomias vem sendo conquistado. Entretanto, ainda há muito desconhecimento por parte destas pessoas que não fazem valer o seu direito. Assim, os profissionais da saúde são indispensáveis para orientação e esclarecimentos de todos. Sugere-se ampla disseminação das políticas públicas destinadas às pessoas com estomias, visando uma maior mobilização e que a participação popular fomente a efetiva implementação destas políticas no Brasil.

Palavras-chave: Estomias; Políticas Públicas; Serviços de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A estomia é o resultado de uma cirurgia na qual se realiza a exteriorização de uma parte do sistema respiratório, digestório ou urinário, através da construção de um orifício externo chamado estoma que possibilita a comunicação entre órgãos internos com o ambiente exterior. As estomias são denominadas traqueostomias, gastrostomias, urostomias, colostomias e ileostomias, de acordo com o órgão exteriorizado (BRASIL, 2009). A traqueostomia é uma estomia respiratória que consiste na abertura de um segmento do aparelho respiratório (CORBETT *et al.*, 2007). A gastrostomia é um tipo de estomia de alimentação que possibilita a comunicação do estômago com o meio exterior através da criação de um orifício no estômago e parede abdominal. Já a jejunostomia é outro tipo de estomia de alimentação onde esse procedimento é realizado no intestino delgado (SANTOS *et al.*, 2011).

A urostomia é um procedimento cirúrgico realizado em pessoas com doenças ou complicações que envolvem o trato urinário e tem como função a drenagem da urina para evitar danos ao sistema urinário (MACIEL, 2014; SANTOS; CESARETTI, 2015).

As estomias intestinais são classificadas de acordo com a sua localização, recebendo nome mediante a parte exteriorizada do intestino. A exteriorização do íleo (ileostomia) e a exteriorização do cólon (colostomia) são exemplos de procedimentos cirúrgicos frequentemente utilizados (SASAKI; TELES; LIMA, 2017).

Conforme os dados da Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), a estimativa é de que atualmente o Brasil apresenta um quantitativo de aproximadamente 400 mil pessoas com estomias (ABRASO, 2021). A pessoa com estomia deve ser assistida por uma equipe multiprofissional, tendo em consideração as várias alterações fisiológicas, comportamentais e possíveis complicações decorrentes da estomia (DINIZ; CAMPOS; BRITO, 2016, SILVA *et al.*, 2017, PACZEK *et al.*, 2020). Desta forma, ela necessita de uma assistência que possibilite proporcionar uma melhor qualidade de vida, sendo portanto, políticas de saúde fundamentais para esse processo. Porém, muitas pessoas com estomias desconhecem os seus direitos, o que pode dificultar a adaptação a sua nova condição e, conseqüentemente, influenciar no enfrentamento dessa condição.

Nesta perspectiva, é importante que as pessoas com estomias tenham conhecimento dos direitos. Os profissionais de saúde podem contribuir nesse

processo, através da divulgação dessas informações e orientação visando a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas (MAURICIO; SOUZA, 2016).

Neste contexto, o presente capítulo tem como objetivo reunir textos científicos da literatura e analisar documentos sobre legislação, portarias e principais políticas públicas destinadas às pessoas com estomias no Brasil.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura e análise documental da legislação, portarias e políticas públicas nacionais destinadas às pessoas com estomias. Foram acessados textos científicos extraídos da base de dados google acadêmico e arquivos documentais do site do Ministério da Saúde e demais órgãos governamentais.

A pesquisa documental baseia-se em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. No presente estudo foram reunidos documentos denominados de primeira mão, que, segundo Gil (2008), são aqueles que não receberam qualquer tratamento analítico, por exemplo, documentos oficiais, cartas, contratos, dentre outros desta natureza.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: PERCURSO LEGAL PARA A GARANTIA DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM ESTOMIAS

3.1 Políticas públicas

Diante do crescente número de pessoas estomizadas no Brasil, algumas conquistas voltadas para esse público foram alcançadas. Em 1975 foi criada a primeira associação de ostomizados do Brasil, na cidade de Fortaleza (CE), e o primeiro curso de especialização em estomaterapia no Brasil, em 1990, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com o objetivo de formar profissionais enfermeiros especializados na prestação de assistência a pessoas estomizadas. Em 1992 foi criada a Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências (SOBEST) (MIRANDA *et al.*, 2016).

O ponto de partida para a criação de políticas públicas para pessoas com estomias foi a Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados, proposta pela International Ostomy Association (IOA, 2007), em 1976, onde consta que a pessoa com estoma deve receber orientações no período pré-operatório, ter o estoma bem feito e demarcado em local adequado, apoio médico e cuidados de enfermagem especializados no pré-operatório e pós-operatório, no âmbito hospitalar e domiciliar e receber orientações sobre cuidados pessoais e informações sobre o fornecimento de produtos adequados disponíveis em seu país (IOA, 2007).

A primeira participação do SUS na atenção à pessoa com estomia ocorreu em 1993, com a portaria MS/GM nº 116 de 9 de setembro de 1993. Considerada como uma conquista importante para a atenção em saúde das pessoas com estomias, essa política estabeleceu a tabela SIA/SUS com os recursos financeiros para atendimentos ambulatoriais que passou a ofertar equipamentos coletores após a alta hospitalar para pessoas com estomias. No mesmo ano, com a portaria MS/GM nº 146 de 14 de outubro de 1993, foi estabelecida a rotina do atendimento à pessoa com estomia em âmbito ambulatorial (BRASIL, 2006).

3.2 Acessibilidade

Em 1999, com a publicação da Lei número 3.298 de 20 de dezembro de 1999, a pessoa com estomia começou a ser reconhecida como deficiente físico e regulamentada com a Portaria MS/GM nº 1.060 de 5 de junho de 2002 (MORAES *et al.*, 2014).

Em 2004, no Brasil, a pessoa com estomia passou a ser reconhecida como deficiente físico levando em consideração as limitações que apresenta, passando assim a ter a garantia dos direitos e toda proteção social de uma pessoa com deficiência física, através da Lei nº 7.853/89 art. 4º, Inc. I, alterado com a redação do Decreto nº 5.296/2004 (BRASIL, 2004). Em 2007, decretou-se a Lei nº 11.506/2007 que instituiu o dia 16 de novembro como o Dia Nacional dos Ostomizados (BRASIL, 2007).

Atualmente, a pessoa estomizada encontra-se amparada por lei pela Portaria SAS/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009, que estabelece diretrizes nacionais para a atenção à saúde de pessoas estomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), onde o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas deve ser classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas I e II.

O serviço em Atenção às Pessoas Ostomizadas I presta assistência interdisciplinar e promove a reabilitação, orientações para o autocuidado, prevenção de complicações, fornecimento de equipamentos coletores, adjuvantes e segurança. E o serviço em Atenção às Pessoas Ostomizadas II trabalha todos os aspectos da I e a capacitação das equipes de saúde na assistência pré e pós-operatória (BRASIL, 2009).

Em 2012 surgiu a Portaria 793 de 24 de abril, que instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD) (BRASIL, 2012). Na RCPD consta que ações integradas entre os diferentes níveis de atenção devem ser praticadas com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado à pessoa com estomia. Estruturaram-se em atenção primária, atenção secundária e atenção terciária de saúde e a integralidade da atenção à saúde através de ações de promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição.

3.3 Garantia de insumos e equipamentos coletores

Em relação às bolsas coletoras de estomias de eliminação existem dois dispositivos conhecidos como sistema de uma peça e sistema de duas peças que ficam presas ao abdômen e funcionam como reservatório de fezes ou urina. Existem bolsas drenáveis, as quais podem ser esvaziadas e bolsas fechadas que não são drenáveis. O acesso às bolsas coletoras é um direito e deve ser fornecido para todos que possuem estomias (MORAIS, 2015).

Em 19 de abril de 2013, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou no Diário Oficial a Resolução Normativa (RN) nº 325, que alterou a Resolução Normativa - RN no 211, de 11 de janeiro de 2010, que torna obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector pelos planos de saúde e pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

Em 24 de setembro de 2014, a Lei nº 13.031 decretou a caracterização do Símbolo Nacional da Pessoa com estomia (Figura 1) com o objetivo de identificar a sinalização dos locais e serviços habilitados para uso por pessoas com estomias, sendo obrigatório colocar de forma visível o símbolo em todos os locais de acesso destinados a essas pessoas (BRASIL, 2014).

Figura 1 - Símbolo Nacional da Pessoa com estomia

Fonte: BRASIL, 2014.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta do material de estudo revela que, ao longo do tempo, o direito ao acesso a políticas públicas destinadas a pessoas com estomias vem sendo conquistados. Entretanto, ainda há muito desconhecimento por parte destas pessoas que não fazem valer o seu direito. Assim, os profissionais da saúde são indispensáveis para orientação e esclarecimentos de todos.

Sugere-se ampla disseminação das políticas públicas destinadas às pessoas com estomias, sendo fundamental o papel dos profissionais da saúde para essa prática durante a assistência prestada a essas pessoas, informando e esclarecendo sobre os direitos e políticas públicas existentes, visando uma maior mobilização e que a participação popular fomente a efetiva implementação destas políticas no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABRASO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. **Quantitativo aproximado de pessoas ostomizadas no Brasil**. Disponível em: http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 11.506 de 19 de julho de 2007. Institui a data de 16 de novembro como o Dia Nacional dos Ostomizados. Brasília-DF, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11506.htm. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 13.031 de 24 de setembro de 2014. Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de local ou serviço habilitado ao uso por pessoas com ostomia, denominado Símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada. **DOU**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **DOU**. Brasília, DF: Presidência da República, 2004.

BRASIL. **Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/guia-atencao-saude-pessoa-estomia.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Normatiza o atendimento à Pessoa Ostomizada no SUS. **DOU**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Séries Pactos pela Saúde. **DOU**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **DOU**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 29 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN nº 325, de 18 de abril de 2013. Altera a Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, de que trata art. 10-B da Lei nº 9.656, de 1998. **DOU**. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0325_18_04_2013.html. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério

da Saúde, 2021. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/guia-atencao-saude-pessoa-estomia.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.031, de 24 de setembro de 2014. Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de local ou serviço habilitado ao uso por pessoas com ostomia, denominado Símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada. **DOU**. Brasília: Senado Federal, 24 set. 2014.

CORBETT, H. J. *et al.* Tracheostomy – a 10 year experience from a UK pediatric surgical center. **Journal of Pediatric Surgery**, Nova York, v. 42, n. 7, p.1251-1254, 2007.

DINIZ, Iraktânia Vitorino.; CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo.; BRITO, Karen Krystine Gonçalves de. Estomias intestinais e urostomias: complicações estomais e periestomais. In: CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo.; SOUSA, Alana Tamar Oliveira de; VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti.; LUCENA, Sumaya Araújo Pereira de.; GOMES, Silvania Katiussa de Assis. (Org.). **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico**. João Pessoa: Ideia, 2016.

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

INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION [IOA] - **Charter of Ostomates' Rights**. 2007. Disponível em: http://ioa2006.site.aplus.net/welcome_charter.html. Acesso em: 22 set. 2022.

MACIEL, L. C. Estomias urinárias. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2014.

MAURICIO, V. C.; SOUZA, N. V. D. O. Artigo Original 1 - Conhecimento de Pessoas Ostomizadas Acerca dos Aspectos Legais Relacionados à Inclusão Laboral. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 13, n. 4, 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/110>. Acesso em: 28 set. 2022.

MIRANDA, S. M.; LUZ, M. H. B. A.; SONOBE, H. M.; ANDRADE, E. M. L. R.; MOURA, E. C. C. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina. **Estima**, [S. l.], v. 14, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/117>. Acesso em: 29 set. 2022.

MORAIS, Damares. **Mulher com ostomia – você é capaz de manter o encanto**. 7. ed. Goiânia: Kelps, 2015. Disponível em: https://abcd.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Cartilha_da_Mulher_Com_Ostomia-7.Ed_web.pdf. Acesso em: 28 set. 2022.

SANTOS, J. S. *et al.* Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 39-50, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47321/51057>. Acesso em: 28 set. 2022.

SASAKI, V. D. M.; TELES, A. S, LIMA, M. S. Reabilitação de pessoas com estomia intestinal: Revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 1745-1754, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/sep/resource/pt/biblio-1032109>. Acesso em: 22 set. 2022.

SOBES. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Sociedade Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontínências**. Disponível em: <https://sobest.com.br/>. Acesso em: 28 set. 2022.

SILVA, A. C.; SILVA, G. N. de S.; CUNHA, R. R. Caracterização de Pessoas Ostomizadas atendidas em Consulta de Enfermagem do Serviço de Estomaterapia do Município de Belém-PA. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 12-19, 2013. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/72>. Acesso em: 28 set. 2022.

SILVA, C. R.; ANDRADE, E. M.; LUZ, M. H.; ANDRADE, J. X.; SILVA, G. R. Qualidade de vida de pessoas com estomias intestinais de eliminação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 144-151, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002017000200144&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2022.

PACZEK, R. S.; BRUM, B. N.; BRITO, D. T.; TANAKA, A. K. S. R. Redução manual de prolapso de estomia - relato de caso. **Rev. enferm. UFPE on line**, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/247404>. Acesso em: 28 set. 2022.

ARTIGO 4

REPERCUSSÕES DO DESMONTE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE AGRICULTURA FAMILIAR NO COTIDIANO DE AGRICULTORAS(ES) FAMILIARES DO DISTRITO ARAJARA, BARBALHA-CE

REPERCUSSIONS OF THE DISASSEMBLY PUBLIC POLICIES OF FAMILY AGRICULTURE IN THE DAILY LIFE OF FAMILY FARMER(S) IN ARAJARA DISTRICT, BARBALHA-CE

Maria Laís dos Santos Leite
Jáder Ferreira Leite

RESUMO

No Brasil, em 1990, uma média de nove milhões de famílias não conseguiam com sua renda mensal garantir a aquisição de alimentos capazes de satisfazer as suas necessidades nutricionais. No Nordeste, cerca de 7,2 milhões de pessoas estavam em situação de insegurança alimentar e nutricional neste período. Entre 2002 e 2013, caiu 82% o número de brasileiros em situação de subalimentação, neste período a implantação de Políticas Públicas de Fomento à Agricultura Familiar (PPAF) no país se destacou como uma das ações mais eficazes para dirimir o problema. No entanto, ao invés de um crescimento nos recursos investidos em tais políticas diante do cenário de insegurança alimentar no Brasil, especialmente pelo contexto de crise socioeconômica que atravessamos e que se agrava no período pandêmico, se observa uma drástica redução no orçamento destinado à pasta. Neste sentido, partindo dos conceitos de agricultura familiar, políticas públicas e segurança alimentar, este artigo tem como objetivo geral analisar as repercussões do desmonte das políticas públicas de agricultura familiar no cotidiano de agricultoras(es) familiares do Distrito Arajara em Barbalha-CE. Para tanto, desenvolveu-se de 2018 a 2022 uma pesquisa de documentos públicos, além de entrevistas, observações e conversas no cotidiano com agricultoras(es), cujos dados foram compreendidos a partir da análise de práticas discursivas. Dentre os resultados destacamos que houve uma significativa redução dos recursos investidos na rubrica 2798 – Aquisição e Distribuição de Alimentos da Agricultura Familiar para Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional e que durante a pesquisa os participantes enfatizaram as dificuldades que têm vivenciado para acessar serviços públicos, produzir, comercializar e assim, garantir a segurança alimentar de suas famílias diante do desinvestimento das PPAF e do cenário de crise.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Segurança alimentar; Agricultura familiar; Pandemia; Cariri cearense.

1 INTRODUÇÃO

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste na garantia do direito de todas e todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem que isto comprometa o acesso a outras necessidades essenciais. O conceito proposto na II Conferência Nacional de SAN aponta ainda que estas práticas alimentares devem ser “promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CONSEA, 2004, p. 5).

A segurança alimentar também é considerada um direito por vários documentos do Estado brasileiro. Este direito é reconhecido na sua forma direta, enquanto direito social (Artigo 6º). E na sua forma indireta, enquanto componente de outros direitos, designadamente os Direitos do Trabalhador (Artigo 7º) e Direitos da Criança (Artigo 227º), bem como das provisões do Estado no âmbito da Educação (Artigo 208º).

O Brasil possui ainda uma lei específica no campo da segurança alimentar e direito à alimentação, a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (Lei nº 11.346/2006), o instrumento jurídico é considerado um avanço por apontar a promoção e garantia do direito humano à alimentação adequada como objetivo e meta da Política de Segurança Alimentar e Nutricional.

Na Política de Segurança Alimentar e Nutricional (Decreto nº 7.272/2010) se assinala a relevância da agricultura familiar como estratégia para o desenvolvimento da SAN para que esta seja economicamente sustentável, com crescente equidade e inclusão social, posto que essa forma de produção estimula o cultivo diversificado e amplia a capacidade de consumo de alimentos e de outros bens pelas famílias rurais e também para comercialização (CONSEA, 2004).

O Consea (2004) destaca que no Brasil vivenciamos um problema ambiental em virtude do padrão de modernização da agricultura nacional, estimulado pelas políticas públicas, baseado no intenso uso de agroquímicos e elevada mecanização. Por outro lado, a agricultura realizada em bases familiares promove uma ocupação socialmente equitativa do espaço agrário, favorece a valorização das dimensões social, ambiental e cultural associadas à produção agroalimentar, como é próprio do enfoque da SAN. A relevância da agricultura familiar para SAN pode ser evidenciada pela questão do acesso a alimentos em quantidade e qualidade satisfatórias pelas(os) agricultoras(es) familiares e suas famílias e ainda pela contribuição destas(es) “para o

provimento da sociedade de produtos agroalimentares com os mesmos requisitos de suficiência e qualidade” (p. 25).

Diante do cenário de insegurança alimentar no Brasil, especialmente pelo contexto de crise socioeconômica e político-institucional que atravessamos e que se agrava no período pandêmico¹, vive-se uma conjuntura próxima a vivenciada na década de 1990 em que cerca de 32 milhões de brasileiros sofriam com o problema da fome e entre as ações que contribuiriam para o alcance da redução da extrema pobreza e da fome está a implantação de políticas públicas de fomento à agricultura familiar (PPAF)² implantadas no Brasil nos últimos 30 anos.

Entretanto, desde 2015, os recursos destinados às PPAF vêm sendo reduzidos drasticamente, gerando descontinuidade no fornecimento de alimentos para as entidades e usuárias(os) dos programas, resultando na perda da renda que tem provocado situações de insegurança alimentar para as(os) próprias(os) agricultoras(es) familiares rurais. A problemática se tornou ainda mais grave em decorrência da pandemia de Covid-19, pelas dificuldades que têm passado para comercializar a produção.

O desafio apresentado também tem sido cotidiano para produtoras(es) rurais do Ceará, estado que mais recebeu investimentos para PPAF na região Nordeste e o terceiro do país com mais recursos destinados a estas (LEITE, 2022).

Destarte, estabeleceu-se como objetivo geral analisar as repercussões do desmonte das políticas públicas de agricultura familiar no cotidiano de agricultoras(es) familiares de Barbalha-CE.

Elegemos o Distrito Arajara localizado no município de Barbalha na Região do Cariri cearense, como espaço geográfico para realização da investigação, inicialmente pelo nosso apego ao lugar e ainda pelo destaque na implantação de políticas públicas para agricultura familiar³ no município de Barbalha e no estado do Ceará. O Distrito também apresenta um quantitativo expressivo de experiências

¹ A COVID-19 doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi considerada pelos órgãos de saúde como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/OMS, 2020). O primeiro caso no Brasil foi anunciado em 26 de fevereiro de 2020 desta data até o dia 1º de fevereiro de 2022 os registros apontaram que 25,8 milhões de pessoas no Brasil e 385 milhões de pessoas no mundo tenham sido infectadas pela Covid-19 que já ocasionou a morte de mais de 629 mil pessoas no Brasil e de 5,7 milhões de pessoas no mundo (Google Notícias, 2022).
² Adotaremos esta sigla para nos referir ao conjunto de políticas públicas de fomento à agricultura familiar implantadas desde 1996.

Ressalta-se ainda a aproximação do delineamento metodológico adotado com abordagens argumentativas no campo das políticas públicas (FISCHER, 2003, 2009; FISCHER; FORESTER, 2013) e da possibilidade de articulação entre estas e a Psicologia discursiva relacionada à perspectiva construcionista (SPINK, 2013a).

Além desta introdução, o artigo é composto por três seções: A agricultura familiar e a garantia da segurança alimentar no Brasil; (In)segurança alimentar no contexto brasileiro; e Políticas públicas de comercialização da produção agrícola de base familiar: ascensão e desinvestimento, seguidas das Considerações Finais.

2 A AGRICULTURA FAMILIAR E A GARANTIA DA SEGURANÇA ALIMENTAR NO BRASIL

A agricultura familiar pode ser entendida, genericamente, como uma forma de produção agrícola em que a gestão, a propriedade e a maior parte do trabalho vêm de pessoas que mantêm entre si laços de sangue ou de casamento (ABRAMOVAY, 1997; 2006).

É a partir da produção das famílias agricultoras que advém a maior parte dos alimentos que consumimos, ademais esse modo de cultivo possibilita uma relação menos danosa à natureza e garante o trabalho e sustento de muitas famílias no campo e na cidade, tendo grande relevância social, cultural e econômica para o Brasil.

Um dos pontos mais relevantes para o fomento à agricultura familiar no contexto brasileiro e que justificaram a implantação de grande parte das políticas públicas para agricultura familiar – PPAF no país é que a produção de base familiar se mostra uma importante fonte de alimentos de qualidade para o mercado interno, solidificando as estratégias de segurança alimentar do país (CONAB, 2017).

Nesse contexto, estão os programas e políticas de desenvolvimento implantados desde os anos 90 no Brasil – e intensificados no período de 2003 a 2014 – que foram concebidos como instrumentos não somente para dirimir e saciar a fome, mas fomentar iniciativas que visam à segurança alimentar, com garantias da qualidade dos produtos, da distribuição, de mecanismos de acesso aos alimentos e, principalmente, do desenvolvimento local focado na agricultura familiar (CORONA; PEREIRA, 2013).

autogestionárias⁴, em especial associação de agricultores(as), moradores(as), de mulheres etc.

Do ponto de vista teórico-metodológico, o estudo se fundamenta nos princípios do construcionismo social, se embasa e utiliza mormente das práticas discursivas, compreendidas como um caminho privilegiado para entender a produção de sentido no cotidiano (SPINK; FREZZA, 2013).

Além da revisão dos conceitos de segurança alimentar, agricultura familiar e políticas públicas, desenvolveu-se uma análise dos documentos de domínio público (SPINK, 2013b; SPINK *et al.*, 2014), especialmente a legislação relacionada às PPAF e relatórios de execução das mesmas, além de outras produções pertinentes à segurança alimentar no Brasil e emitidas por organizações dedicadas à pesquisa e intervenção neste campo-tema.

Para o desenvolvimento da investigação procedeu-se ainda com a produção dos dados em campo, ancorada na abordagem qualitativa (CRESWELL, 2016; MINAYO, 2013) por meio de observações e conversas no cotidiano (CARDONA; CORDEIRO; BRASILINO, 2014) de 2018 a 2022 em feiras, reuniões e eventos de formação com agricultoras e agricultores familiares na região do Cariri cearense, além da participação em grupos do WhatsApp e Facebook com vistas a impulsionar ações e a comunicação entre habitantes das comunidades.

Realizou-se ainda, de 2020 a 2021, uma série de entrevistas semiestruturadas (ARAGAKI *et al.*, 2014) com três famílias de agricultoras e agricultores que integram PPAF e são também lideranças implicadas em associações e atividades de mobilização em suas comunidades rurais do Distrito Arajara em Barbalha-CE. Os dados produzidos por meio destas duas técnicas e reflexões durante todo o processo foram registradas no diário de campo-tema (SPINK, 2003; MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014).

Para a compreensão dos dados, adotou-se a análise das práticas discursivas (SPINK; FREZZA, 2013; SPINK; MEDRADO, 2013; SPINK, 2010a) com foco na análise dos repertórios linguísticos (SPINK, 2013; ARAGAKI, PIANI; SPINK, 2014), utilizando de três diferentes técnicas: os mapas temáticos (SPINK; LIMA, 2013; NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014; SOUZA, 2018), as árvores de associações de ideias e as linhas narrativas (SPINK, 2010, 2013).

⁴ O Distrito conta com oito associações filiadas à União das Associações de Barbalha (UNAB), de acordo com o documento encaminhado pela diretoria da entidade (2021).

Estes e outros acontecimentos integram a trajetória do crescente reconhecimento nas últimas três décadas, especialmente pela pressão exercida por movimentos sociais e entidades sindicais da categoria, e foi legatária de diversas políticas públicas em nível federal, estadual e municipais a partir da década de 1990. Destacamos como um dos marcos a criação do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar - Pronaf em 1996, processo que também marca a construção de nomeações sobre o(a) agricultor(a) e a agricultura familiar, que passou a ser frequentemente mencionada em ações e documentos governamentais.

A criação das políticas públicas de agricultura familiar no Brasil é creditada à confluência de dois debates importantes da década de 1990 no Brasil: um que teve como questões centrais o combate à fome e a garantia da segurança alimentar e nutricional da população brasileira, se intensificou a partir do final da década de 1980, ganhou impulso nos anos 1990 e encontrou maior espaço no Governo Lula, envolvendo um amplo leque de atores e atrizes sociais. O segundo debate foi dirigido ao reconhecimento da agricultura familiar como categoria social pelas políticas governamentais (SCHMITT, 2005).

Com o Pronaf, desde 1996, e após a implantação do Programa Fome Zero, a partir de 2003, são desenvolvidos e implantados diferentes instrumentos específicos de política pública direcionados à essa categoria de produtores(as), a exemplo do Seguro da Agricultura Familiar, da Política Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural – Pnater, do Programa de Aquisição de Alimentos – PAA, o Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE e outras ações governamentais. Esses avanços foram, em grande medida, resultado da capacidade de mobilização, intervenção política e negociação de diversas organizações sociais representativas dos(as) produtores(as) familiares (SCHMITT, 2005).

Apesar de em geral se dar os créditos ao poder público local, o delineamento destas políticas públicas para agricultura familiar que iniciam no Brasil com o Pronaf, se dão por pressão exercida pelos movimentos populares ligados à agricultura camponesa e por influência de uma série de estudos realizados pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura – FAO em parceria com outros organismos internacionais como Instituto Interamericano de Cooperativismo para a Agricultura (IICA) e o Banco Mundial (1991, 1993, 1994a, 1994b, 1995, 1996, 1997a, 1997b) que entre outros fizeram diagnóstico do sistema agrário, traçaram diretrizes de política agrária e desenvolvimento sustentável para a pequena produção familiar, fizeram propostas de desenvolvimento agrícola dirigidas à agricultura familiar

especialmente por meio das políticas públicas.

No entanto, após o golpe de 2016⁵, as reduções orçamentárias nas Políticas Públicas para Agricultura Familiar (PPAF⁶) foram frequentes, comprometendo a subsistência de famílias das(os) produtoras(es) e as instituições beneficiadas como pontuamos em Leite *et al.* (2018), e a continuidade de diversas políticas públicas com relevante impacto na melhoria de vida das famílias agricultoras.

Para a FAO (2017), a agricultura familiar é um setor chave para a segurança alimentar da América Latina, especialmente para as populações rurais, pois a porcentagem de pobreza em áreas rurais é quatro vezes maior que nas áreas urbanas e cerca de um terço das pessoas que moram no campo sofrem de pobreza extrema. Porém, o setor enfrenta limitações significativas em aspectos relacionados ao acesso a recursos produtivos, serviços sociais, infraestrutura básica, serviços rurais, financiamento e extensão agrícola.

A produção familiar é considerada um fator de desaceleração do fenômeno do êxodo rural e fonte de recursos para famílias de rendas menores, ademais possui importante contribuição para a geração de riquezas no país. A agricultura familiar é responsável por uma parcela bem significativa de todo o produto agropecuário brasileiro, inclusive com seu inter-relacionamento com outros segmentos importantes na economia (GUILHOTO *et al.*, 2007).

Enquanto segmento socioprodutivo, a agricultura familiar assume proporções nada desprezíveis para a formulação de um projeto de desenvolvimento no país, já que cerca de 90% de seus 5.807 municípios têm na atividade agrícola a base de sua economia. Segundo dados do Censo Agropecuário de 2006 (IBGE, 2006), existem atualmente 4.367.902 estabelecimentos rurais de agricultura familiar no país, 84,4% de todos os estabelecimentos rurais, que respondem por 40% do valor bruto da produção agrícola e empregam cerca de 80% da PEA agrícola. Porém, embora representem 84,4% das propriedades rurais, possuem apenas 24,3% da área total ocupada (MDA, 2016; SILVA, 2015).

Dados dos extintos Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Ministério

5 "O golpe parlamentar de 2016, consubstanciado no impeachment da presidenta Dilma [...] história do golpe será contada, também, como a história do forte conservadorismo presente na sociedade brasileira, relacionado com dimensões de gênero" (ARAÚJO, 2018, p. 33-34).

6 Adotaremos esta sigla para nos referir ao conjunto de políticas públicas de fomento à agricultura familiar implantadas desde 1996.

do Desenvolvimento Agrário – MDA⁷ divulgados por Portal Brasil (2011, 2015) e Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário – SEAD (2017) ressaltam que no Brasil, 70% dos alimentos que chegam à mesa da população são produzidos pela agricultura familiar, sendo este setor capaz de garantir a segurança alimentar e a erradicação da fome.

O IBGE (2006) enfatiza ainda que apesar de cultivar uma área menor com lavouras e pastagens (17,7 e 36,4 milhões de hectares, respectivamente), a agricultura familiar é responsável por garantir boa parte da segurança alimentar do país, como importante fornecedora de alimentos para o mercado interno.

Quanto a participação da agricultura familiar na produção de alimentos, o Censo Agropecuário (IBGE, 2006) traz que o setor é responsável por 87,0% da produção nacional de mandioca, 70,0% da produção de feijão [...], 46,0% do milho, 38,0% do café [...], 34,0% do arroz, 58,0% do leite [...], possuíam 59,0% do plantel de suínos, 50,0% do plantel de aves, 30,0% dos bovinos, e produziam 21,0% do trigo.

Além de sua relevância na produção de alimentos, a vivência de agricultoras(es) familiares em contextos rurais, pensando esses espaços de maneira plural, pode ser compreendida ainda como uma "rica fonte de bens simbólicos que passam a alimentar uma outra dinâmica econômica e social" (CARNEIRO, 2008, p. 25) em que a natureza tem papel central como aglutinador de signos.

3 (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR NO CONTEXTO BRASILEIRO

No Brasil, em 1990, uma média de nove milhões de famílias não conseguiam com sua renda mensal garantir a aquisição de alimentos capazes de satisfazer as suas necessidades nutricionais. No Nordeste, cerca de 7,2 milhões de pessoas estavam em situação de insegurança alimentar e nutricional neste período, conforme denunciou Peliano (1993) em o Mapa da Fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar.

7 O Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) do Brasil, criado em 25 de novembro de 1999 pela medida provisória nº 1.911/2012, sendo extinto em 12 de maio de 2016 através da medida provisória nº 726, que alterou e revogou a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, transferindo na época suas competências para o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Como substituição do MDA foi criada a Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário da Casa Civil da Presidência da República (Sead) do Brasil em 27 de maio de 2016 pelo decreto nº 8.780.

Em 2014, de acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura- FAO, o Brasil saiu do Mapa Mundial da Fome. Os dados analisados apontam que entre 2002 e 2013, caiu 82% o número de brasileiros em situação de subalimentação. A organização aponta também que, entre 1990 e 2014, o percentual de queda foi de 84,7% (FAO, 2019a).

A agência destaca entre as ações que contribuíram para o alcance da redução da extrema pobreza e fome as políticas de segurança alimentar e nutricional como a transferência condicional de renda, tendo como exemplos o programa Bolsa Família e o benefício da prestação continuada. A FAO (2019a) destaca ainda o apoio à agricultura familiar com ações que visam facilitar o acesso ao crédito, prestar assistência técnica e proporcionar maior segurança aos agricultores familiares.

Já que para alcançar a segurança alimentar é necessário aliar o aumento da produtividade agrícola e os correspondentes investimentos, fomentando o desenvolvimento rural e facilitando o acesso a uma alimentação adequada para as populações em vulnerabilidade, uma das iniciativas públicas que se destacou ao buscar este desenho foi o Programa Fome Zero que inclusive foi replicado em outros países em 2005, por meio da Iniciativa América Latina e Caribe sem Fome, inspirada no do Brasil (FAO, FIDA,; PMA, 2014).

Ainda de acordo com a organização, “a realização progressiva do direito à alimentação implica ações legais, políticas, econômicas, sociais e institucionais baseadas nos princípios da transparência, prestação de contas, participação, não discriminação, delegação de poder, dignidade humana e Estado de Direito” (FAO, 2014, p. 2).

A superação da insegurança alimentar encontra-se intrinsecamente relacionada à transformação nos nossos sistemas alimentares, que integrem a agricultura com a nutrição. E é encarada pela FAO e OPAS (2017) como uma das medidas necessárias dentro do desafio que significará, ao longo dos próximos 15 anos, a erradicação da fome e da desnutrição na América Latina e no Caribe.

Os organismos multilaterais destacam ainda que é essencial que os países da região orientem os seus esforços nos próximos anos – inclusive na implantação de políticas públicas – para desenvolver sistemas alimentares sustentáveis e sensíveis à nutrição. Já que para garantir uma boa nutrição e romper o ciclo intergeracional da pobreza – base para o desenvolvimento físico e cognitivo, o bem-estar, a boa saúde

e a produtividade econômica – é imprescindível a melhoria das características e o funcionamento dos sistemas alimentares (FAO/OPAS, 2017).

Os sistemas alimentares sustentáveis e sensíveis à nutrição podem ser compreendidos como o que: “fornece alimentos nutritivos e acessíveis para todos, e em que a gestão dos recursos naturais preserve os ecossistemas para atender não só as necessidades humanas atuais e futuras, mas também a entrega de produtos e serviços alimentares, econômicos, ambientais e nutricionais” (FAO/OPAS, 2017, p. 18).

A entidade reconhece a relevância da agricultura para a segurança alimentar e nutricional, não apenas em termos do “aumento da disponibilidade de alimentos, não apenas em termos de volume, mas também de acessibilidade, diversidade, sustentabilidade e características nutricionais” (FAO/OPAS, 2017, p. 18).

O Brasil havia saído do mapa da fome em 2014 (MDS, 2014) e estava se consolidando em uma posição de destaque a nível global no que se refere à segurança alimentar, tanto pela formalização do compromisso à erradicação da fome a partir de um quadro constitucional e legal, quanto pela implementação de políticas que buscavam garantir esse direito (FAO, 2013).

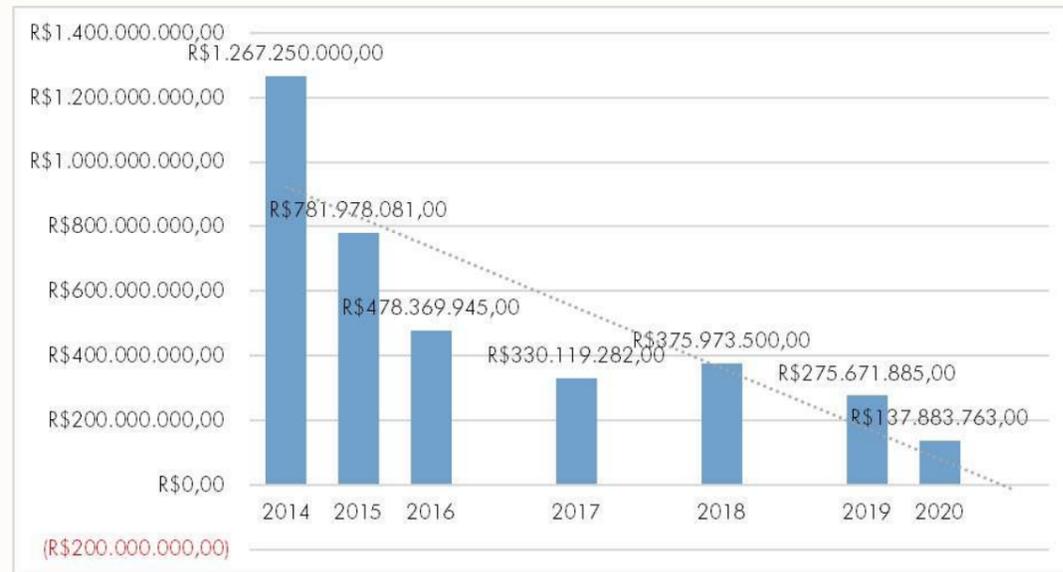
Entretanto, de acordo com a FAO (2013), desde 2019 se observa um caminho contrário ao anterior: o Brasil está voltando à lista dos países que apresentam dificuldades de manter sua população com níveis satisfatórios de alimentação.

A insegurança alimentar está intrinsecamente relacionada às desigualdades sociais, e tem como um de seus geradores a pobreza, que também tem sido crescente em nosso país, nos últimos anos, como aponta a Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2020a). Entre 2016 e 2017, a pobreza da população passou de 25,7% para 26,5%. Já as(os) extremamente pobres, caracterização do Banco Mundial para nomear as(os) que vivem com menos de R\$ 140 mensais, saltaram de 6,6%, em 2016, para 7,4%, em 2017 (VALADARES/CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019).

No relatório da Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil (IBGE, 2020b) aponta-se ainda que entre 2017 e 2018, dos 68,9 milhões de domicílios no Brasil, 36,7% (o equivalente a 25,3 milhões) estavam com algum grau de Insegurança Alimentar (IA): IA leve (24,0%, ou 16,4 milhões), IA moderada (8,1%, ou 5,6 milhões) ou IA grave (4,6%, ou 3,1 milhões). A

situação é ainda mais grave na zona rural, conforme se apresenta nos índices abaixo com base nos dados do IBGE (2020b):

Gráfico 1 - Situação de segurança alimentar das(os) moradoras(es) em domicílios particulares urbanos e rurais (2017-2018, %)



Fonte: Autoria própria (2018).

A situação tem tendência de agravamento com a pandemia de Covid-19 e seus desdobramentos na economia (desemprego, subemprego, falência etc.) e nos níveis de desigualdade (socioeconômicas, educacionais, de saúde etc.) vivenciados pela nossa população.

A influência da pandemia na insegurança alimentar pode ser exemplificada com base nos resultados da pesquisa Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (REDE PENSSAN, 2021) que revelam que a insegurança alimentar grave atingiu 9% da população em 2020. Ainda de acordo com o levantamento, 112 milhões de brasileiros, mais de 50% da população brasileira, sofrem algum grau de insegurança alimentar neste mesmo ano, chegando a patamares de insegurança alimentar próximos aos de 2004 (CARVALHO, 2021), quando as PPAF foram maciçamente implantadas a fim de combater à fome e proporcionar melhores condições de distribuição e venda da produção a agricultoras(es) familiares.

A situação é estarrecidora no Brasil e tem também sido encarada com um

problema em diversos países, como registra o Relatório O Estado da Insegurança Alimentar e Nutrição no Mundo (SOFI) 2021⁸ que apontou que a fome mundial passou por um agravamento dramático em 2020 em consequência da Covid-19. A estimativa é que mais de 10% da população global – até 811 milhões de pessoas – estava subalimentada no ano passado.

Entende-se que este seria um momento oportuno para contar com as PPAF, em especial as voltadas à construção de mercados para a segurança alimentar e a sustentabilidade ambiental - sobre as quais se tratará na seguinte e última seção deste artigo -, referencial predominante na 3ª geração de políticas públicas para a agricultura familiar conforme a classificação desenvolvida por Grisa e Schneider (2014).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMERCIALIZAÇÃO DA PRODUÇÃO AGRÍCOLA DE BASE FAMILIAR: ASCENSÃO E DESINVESTIMENTO

Dentre as políticas públicas com maior potencial de contribuição para a segurança alimentar e nutricional, destaca-se o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que detalharemos a seguir.

O PAA é um programa de compras públicas e apoio à comercialização da produção agrícola de base familiar e o Pnae, PPAF semelhante ao PAA, foi criado para que as compras públicas destinadas à alimentação escolar se dessem também por meio de uma política pública e que parte dos recursos fossem para compra de produtos provenientes da agricultura familiar como assegura a Lei nº 11.947 (2009).

Art. 14. Do total dos recursos financeiros repassados pelo FNDE⁹, no âmbito do PNAE, no mínimo 30% (trinta por cento) deverão ser utilizados na aquisição de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural ou de suas organizações, priorizando-se os assentamentos da reforma agrária, as comunidades tradicionais indígenas e comunidades quilombolas.

8 O Relatório foi desenvolvido e publicado em conjunto pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), o Fundo Internacional para o Desenvolvimento Agrícola (FIDA), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa Mundial de Alimentos das Nações Unidas (WFP) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

9 O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE, 2022) é uma autarquia federal criada pela Lei nº 5.537, de 21 de novembro de 1968, e alterada pelo Decreto-Lei nº 872, de 15 de setembro de 1969, é a unidade responsável pela execução de políticas educacionais do Ministério da Educação (MEC).

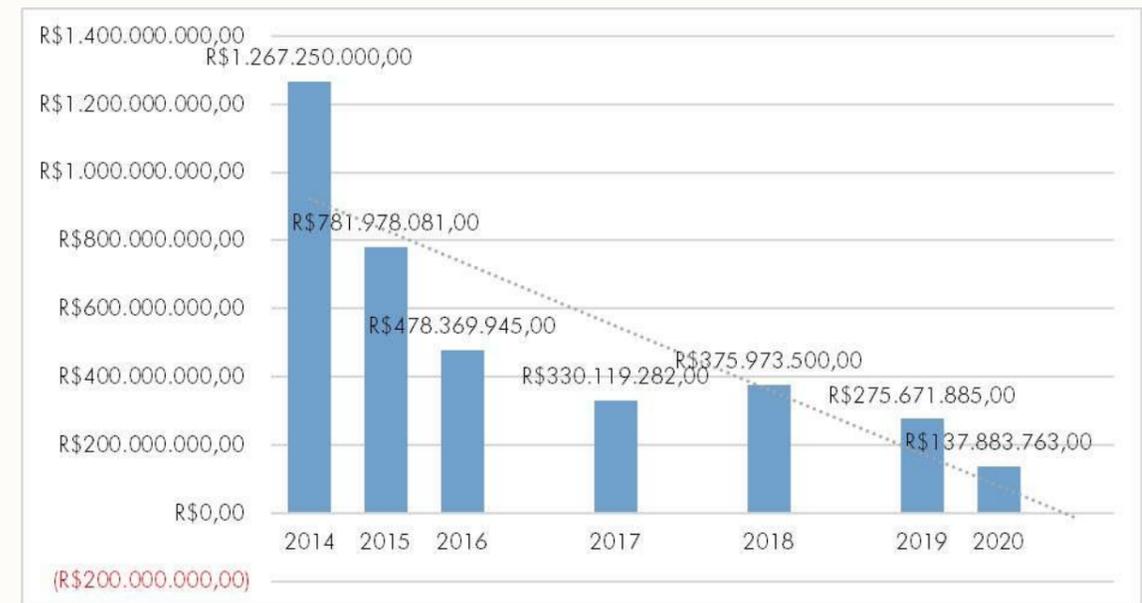
O PAA e PNAE, programas que contribuem para a garantia da segurança alimentar e nutricional de entidades socioassistenciais e educacionais e oportunizam ainda uma melhoria de renda e de condições de trabalho para as(os) agricultoras(es) contribuindo também para o desenvolvimento regional sustentável. De acordo com Dowbor *et al.* (2006), esses e outros programas possuem capacidades de contribuir no desenvolvimento em regiões menos desenvolvidas, oportunizando, assim, a dinamização de pequenos investimentos e dos fluxos econômicos em nível local.

A relevância destas políticas é ressaltada também pela Companhia Nacional de Abastecimento – Conab (2015) que assinala que a comercialização da produção agrícola familiar através da criação de instrumentos legais representou um marco na política agrícola brasileira e sua implementação revela a presença do Estado na comercialização da pequena produção familiar, transmitindo segurança e incentivo à produção que, em articulação com outras ações, eleva a qualidade de vida do(a) agricultora/agricultor e de sua família e promove o desenvolvimento sustentável nas áreas menos assistidas do meio rural.

Todavia, o cenário vivenciado nas PPAF desde 2015, e especialmente após o golpe de 2016, foram de reduções orçamentárias frequentes, comprometendo a subsistência de famílias das(os) produtoras(es) e as instituições beneficiadas e a continuidade de diversas políticas públicas com relevante impacto na melhoria de vida das famílias agricultoras.

Como percebeu-se, durante a análise dos dados disponibilizados publicamente pelo Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome, desde 2014 e posteriormente pelo Ministério da Cidadania (2021a, 2021b, 2021c, 2021d, 2021e, 2021f) quanto à dotação orçamentária destinada a rubrica 2798 – Aquisição e Distribuição de Alimentos da Agricultura Familiar para Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional de 2014 a 2020, em que foi possível observar que o orçamento sofreu uma redução em torno de 90%, conforme se apresenta no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Comparativo dos recursos destinados à rubrica aquisição de alimentos provenientes da agricultura familiar para promoção da segurança alimentar e nutricional de 2014 a 2020



Fonte: Autoria própria (2018).

Na prática, significa o desmonte das políticas públicas relacionadas a esta rubrica. Percebeu-se ainda movimentos de busca de fragilização de modo específico destas PPAF, nossa hipótese é que pode ter se considerado este período de instabilidade política como uma janela de oportunidades¹⁰ para a extinção destas políticas públicas.

Os rebatimentos da redução orçamentária e desmonte destas PPAF também foram patentes no estado do Ceará e na Região do Cariri cearense – onde se realizou as observações e conversas no cotidiano e entrevistas com agricultoras(es) familiares de nossa pesquisa – e bastante presente na fala das(os) interlocutoras(es).

O corte nos recursos investidos nas políticas públicas e as dificuldades em colocar em prática as estratégias de comercialização já buscadas (LEITE, 2021; 2022) entre elas as feiras, por conta da pandemia tem gerado impacto sobre a produção e a renda das(os) mesmas(os), como enfatiza D. Margarida em nossa troca discursiva:

Laís: Aí a senhora agora vende nas feiras de economia solidária e outros lugares?

Margarida: Encomenda, renovação, só que com essa pandemia

10 Janelas de oportunidade são momentos como reformas ministeriais, mudanças de mandato executivo e legislativo e aprovação de orçamentos em que políticas públicas consideradas ineficazes ou que perderam seu apelo na agenda pública podem ser extintas ou substituídas por outras (SECCHI, 2014).

agora diminuiu muito, porque o pessoal tem medo até de receber os produtos, né?
 Laís: Uhum. Aí nem tá tendo aquela feira que vocês estavam vendendo antes do Gestraf?
 Margarida: Tá não, cabou-se.
 Laís: Uhum.
 Margarida: Tavam querendo voltar agora, mas [Professora que acompanha o Projeto pela ITEPS/UFCA] disse que não é aconselhável não, né?
 Laís: Uhum.
 Margarida: Porque tá aumentando em Barbalha.
 Laís: E no Juazeiro.
 Margarida: Pois é... Não tem jeito.
 Laís: Uhum.
 Margarida: Mas tá difícil viu Laís.
 Laís: Uhum.
 Margarida: Tá tão difícil as coisas, se não fosse essas rocinhas que a gente pega... essa irmã de Raimundo aí, ela deu uma rocinha de andu, aí tá eu e ela, todo dia nós vamos, todo dia, todo dia, apanhar os secos, né? Tá todo seco.
 Laís: Hum.
 Margarida: Aí nós tamos indo.
 Laís: Vocês conseguiram auxílio emergencial?
 Margarida: Consegui. Que é o que tá ainda cobrindo alguma coisa, né?

A pandemia acentuou as desigualdades existentes e expôs deficiências nos sistemas sociais, políticos e econômicos, até mesmo no que se refere ao acesso a serviços de saúde e de proteção social. Dentre as(os) mais afetadas(os) estão as mulheres com responsabilidades familiares, trabalhadoras(es) informais, famílias de baixa renda e jovens (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2020).

As falas das(os) interlocutoras(es) também demonstram pesar pela descontinuidade de sua participação no PAA e Pnae, o que reduziu a renda familiar de forma preocupante:

Raimundo: Entregamos vários anos pro PAA, entregamos desde 2008 até 2016 a gente ainda conseguia entregar a produção pro PAA.
 Laís: Aí o PAA conseguiu entregar mais ou menos quanto por ano? Em dinheiro.
 Raimundo: **Era 6 mil e 500 reais** que a gente... a maioria dos anos a gente procurou esse dinheiro todinho, **agora no último ano só foi... era pra ser 1200 reais, porque baixou a cota federal, era pra ser 1300 reais**, mas eu cadastrei tudo, mas devido a esse cancelamento das aulas...
 Laís: E PNAE?
 Raimundo: PNAE também foi muito bom, PNAE era um combo que fornecia tanto a polpa como o sequilho. Nós chegamos a entregar até 14 mil, que era o restante que sobrava da DAP.

Laís: O Pnae ele permitia uma entrega maior, né?
 Margarida: Nesse tempo aí era bom, era uma parte trabalhando no sítio...

As(os) agricultoras(es) ressaltaram nas trocas discursivas a diferença entre vender sua produção por meio da PPAF, em especial PAA e Pnae, e demais tipos de comercialização como as feiras, como aponta o Sr. Raimundo:

Raimundo: É por isso que eu sempre defendo que aqueles dois programas ali eram pra ser menos burocráticos pra o agricultor, porque não existe outro programa, né... Que essas feirinhas você sabe, é uma ajuda, mas **o PAA entregava e o cara pode segurar mesmo**. Você produz... demora um pouquinho a receber, né? Mas recebe. **E quando recebe você faz alguma coisa. Renova o estoque...**

Do local ao nacional, o desinvestimento e desmonte destas políticas públicas, especialmente no Governo Temer e no Governo Bolsonaro, tem gerado uma situação de insegurança e descontinuidade do trabalho exercido também pelas equipes e instituições que atuam nas PPAFs, em especial a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – Embrapa e as Secretarias Municipais, ocasionando num contexto de menor apoio a estas(es) agricultoras(es) tanto para renovação de documentos como a Declaração de Aptidão ao Pronaf (DAP), visitas para assistência técnica, suporte para participar de PPAF, entre outros.

Para as(os) agriculturas(es) participantes da pesquisa, estas PPAF eram importantes para a comercialização e a qualificação da produção, conforme mencionam:

Laís: Vocês acham que mudou alguma coisa na vida de vocês ter participado de uma política de agricultura familiar?
 Raimundo: Certeza.
 Laís: O quê, S. Raimundo?
 Raimundo: A questão da **tendência de aumentar a produção**, né? Minha esposa qualificar, criar o produto, né? Dar mais um extra pra ser **melhor produzido**, né? Porque tem a variação porque o que vem aí é as **técnicas das orientações** que recebia, das **parcerias das entidades** também, que nem o Sesc, né? Cada oficina daquelas dali a gente... O pessoal dá algum apontamento, menção a qualidade, né, e a orientação. [...]

Os sentidos produzidos sobre estas políticas públicas estão permeados pela lembrança do trabalho árduo, mas que havia estímulo para produzir e reconhecimento, inclusive financeiro:

Raimundo: É, depois de você estar ali, conseguir se cadastrar, né, dar aquela documentação necessária, pronto. Tinha o ônus de ir lá, quer dizer, porque tudo no mundo o nosso produto é mais dificultoso, porque tem que produzir, né? Porque não é chegar num canto e pegar um cacho de banana, uma fruta uma coisa, o nosso é planta mesmo, que é demorado pra produzir. Nove pessoas que vem cavar, que nem tinha lá, no máximo, forçado mesmo, pra deixar pra ir no sábado, era 60 quilos de sequilho. Além de produzir tem também a embalagem...

Laís: Hum.

Raimundo: Mas é pesado. E quero voltar de novo.

Laís: E fora essa parte de vender, como é que se diz, da comercialização e da produção, que vocês tiveram esses cursos e tal, mas e vocês mesmos? Vocês acham que mudou alguma coisa depois que vocês passaram por essas políticas públicas?

Raimundo: Ficou o conhecimento, né? Na prática. Aí fica aí importante pro conhecimento da gente.

Margarida: **Melhoramento na qualidade dos produtos, né? Também a gente de ir buscar conhecimento...**

Laís: Uhum. Vocês acham que essas políticas públicas auxiliam na valorização de quem produz?

Margarida: Sim.

Laís: A valorização de vocês enquanto agricultores?

Raimundo: É isso que eu tô dizendo, tanto valoriza como você passa a ter uma qualidade melhor, porque você tá tendo aquela renda extra, né? O programa beneficia, né, a produção.

Margarida: Dá estímulo, né, pra trabalhar.

Os valores pagos pelos produtos vendidos ao PAA e Pnae são equivalentes aos vendidos ao(à) consumidor(a) final – diferente dos preços que a maioria das(os) agricultoras(es) vendem aos(às) atravessadores(as) – o que denota para estas(es) a valorização dos produtos e da(o) própria(o) agricultora/agricultor, há ainda elogios sobre o modo de entrega, menos sofrido para elas(es) do que as feiras e com menos perdas, além de ser um volume maior de produções e montante maior de dinheiro pela produção do que estão acostumadas(os) em outras modalidades de comercialização.

Os repertórios mais usados pelos interlocutores para falar sobre estas políticas são: aumentar a produção, orientações, parcerias, estímulo, valorização, menos burocráticas/burocracia, qualidade, orientação, produzir/produção. O que também é evidenciado em estudos acadêmicos e de órgãos nacionais e internacionais que destacam o êxito na implementação das PPAF em nosso país, pelo volume de recursos e beneficiárias(os) que atendidas(os) e pela “expressiva melhora nos indicadores de pobreza, de renda e de desigualdade no campo brasileiro, além do arrefecimento da migração rural-urbana” (SILVEIRA *et al.*, 2016, p. 2).

Além dos elementos citados acima, Maria ressalta o valor social da agricultura familiar para alimentação da população:

Maria: A agricultura familiar é geral, **porque não é só pra gente, a gente pode vender para outras pessoas, ajudar outras pessoas**, então pra mim é... Não sei nem como é que eu vou explicar, porque pra mim é isso né, não é só a **família** da gente, é a família geral, eu não exporto, mas tem agricultores que exportam, não só pro Ceará, mas para outros estados também. Então pra mim agricultura familiar é isso.

Laís: A senhora acha que é importante?

Maria: Com certeza.

[...]

Maria: Tanto pra mim, como pra minha família, como pro pessoal que consome, porque **muita gente depende do que eu produzo pra se alimentar**.

Laís: E pra senhora? A importância pra senhora?

Maria: Pra **alimentação** também e **porque eu gosto disso**, amo **mexer na terra**, eu me sinto bem, cavando, pegando em terra, chegar cheia de barro, se você me visse na hora que eu cheguei eu teria saído correndo! Toda cheia de barro, até a bota tava cheio, porque hoje choveu bastante. Mas **eu adoro mexer com a terra e com a natureza**.

A fala de Maria ressalta a segurança alimentar e nutricional enquanto uma das potencialidades da agricultura familiar e um dos responsáveis pela sua valorização. Como apontou-se nesse texto, acrescentamos ainda aqui pela grande articulação que apresenta com a fala da interlocutora e das(os) demais já mencionados nesta seção os pontos explicitados na LOSAN (2006) especialmente em seu artigo 4 que trata da abrangência da SAN:

- I. a ampliação das condições de acesso aos alimentos por meio da produção, em especial da agricultura tradicional e familiar, do processamento, da industrialização, da comercialização, incluindo-se os acordos internacionais, do abastecimento e da distribuição dos alimentos, incluindo-se a água, bem como da geração de emprego e da redistribuição da renda;
- II. a conservação da biodiversidade e a utilização sustentável dos recursos;
- III. a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social;
- IV. a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, bem como seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica e racial e cultural da população;
- V. a produção de conhecimento e o acesso à informação;
- VI. a implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, respeitando-se as múltiplas características culturais do País (Lei nº 11.346/2006, p. 4, ênfases adicionadas).

Outra questão relevante apontada por Maria é sobre a importância da agricultura para si mesma e sua família, a relevância da manutenção da família e a reprodução do modelo de gestão familiar são inclusive colunas que sustentam a definição deste tipo de agricultura.

Evidencia-se, a partir das interações exemplificadas acima, a dupla contribuição da agricultura familiar para a segurança alimentar, primeiro por garantir o acesso de alimentos de qualidade para estas famílias – pouco assistidas aos serviços por serviços públicos em seus territórios e em geral com renda menor que um salário-mínimo – e ainda por meio da comercialização destes produtos para o mercado interno aumentar e diversificar a oferta de produtos alimentícios de qualidade para a população. A venda destes produtos também amplia a renda das famílias, que as permitem acessar outros produtos e serviços, melhorar suas condições de vida e também o sentimento que seu trabalho foi reconhecido.

Ressalta-se ainda a relevância das políticas públicas de comercialização e segurança alimentar para a sobrevivência da categoria ‘agricultoras(es) familiares’. Cumprindo com a premissa de que as políticas públicas devem, com base na realidade social, buscar contribuir para sua superação das desigualdades (GONÇALVES, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de agricultura familiar no Brasil, desde sua criação na década de 1990, encontram-se relacionadas com o combate à fome e a garantia da segurança alimentar e nutricional da população brasileira.

As PPAF se intensificaram a partir do final da década de 1990, ganharam impulso nos anos seguintes e encontraram maior espaço no Governo Lula, envolvendo um amplo leque de atores e atrizes sociais (SCHMITT, 2005).

Utilizando-se dos aportes teóricos, dados documentais e discursos produzidos com as(os) agricultoras(es) familiares entrevistadas(os) evidenciou-se neste artigo o grande valor da agricultura familiar para a garantia da segurança alimentar no Brasil, pontuando a segurança alimentar enquanto direito social, a relevância social, cultural e econômica da agricultura familiar para o Brasil, já que esta é responsável pela maior parte dos alimentos consumidos pela população, além dos seus bens simbólicos, e de se apresentar enquanto uma alternativa de menor impacto ambiental.

A situação de insegurança alimentar vivenciada no contexto brasileiro na década de 1990 e dos últimos anos, evidencia os retrocessos ocasionados pelo desmonte das políticas públicas – que ocuparam papel central na superação da fome no século XX – e os impactos da pandemia de Covid-19 e o agravamento das desigualdades sociais neste contexto.

Ressalta-se, deste modo, que a implantação de programas de apoio à produção de alimentos advindos da agricultura familiar é determinante para a oferta de alimentos saudáveis disponíveis às populações urbanas e rurais. Evidencia-se ainda o importante papel das políticas públicas de comercialização da produção agrícola de base familiar, pontuando seu potencial e reflexos de sua ascensão, bem como os rebatimentos de seu desinvestimento para as(os) agricultoras(es) familiares(as) e a população brasileira.

A dificuldade de obter os alimentos necessários à sua subsistência tem se dado inclusive entre as(os) trabalhadoras(es) rurais, que sofrem com o acesso restrito aos serviços públicos em seus territórios e têm vivenciado ainda adversidades para produzir, comercializar e assim, garantir a segurança alimentar de suas famílias diante do desinvestimento das políticas públicas de agricultura familiar e do cenário de crise sanitária e socioeconômica.

Conclui-se, com base no exposto acima, o impacto subjetivo, social e econômico desse segmento socioproductivo para as famílias e suas localidades, confirmando a agricultura familiar enquanto uma alternativa social e ambientalmente mais adequada para minimizar a insegurança alimentar e nutricional que o país novamente atravessa.

Outrossim, salienta-se que as PPAF se destacam como estratégia para fomentar a produção de alimentos saudáveis para as populações urbanas e rurais, sendo necessária a manutenção e ampliação de tais iniciativas governamentais para garantia da segurança alimentar e nutricional no cenário brasileiro.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pelo auxílio financeiro concedido para as atividades em campo (Código de Financiamento 001). A Rafael Saldanha Demarco, Raimunda Terezinha dos Santos Leite e José Leomar dos Santos Leite pelo auxílio na coleta de dados.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Ricardo. Agricultura familiar e desenvolvimento territorial. **Revista da Associação Brasileira de Reforma Agrária**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 1-21, 1999. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ppgdtsa/files/2014/10/Texto-Abramovay-R.-Agricultura-familiar-e-desenvolvimento-territorial.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2020.

ABRAMOVAY, Ricardo. **Agricultura familiar e reforma agrária**. Estudo da Dimensão Territorial do PPA. Brasília: CGEE, 2006.

ARAGAKI, Sérgio Seiji *et al.* Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: SPINK, Mary Jane *et al.* (Org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 57-72.

ARAGAKI, Sérgio Seiji, PIANI, Pedro Paulo; SPINK, Mary Jane. In: SPINK, Mary Jane *et al.* (Org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 229-246.

BRASIL. **Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm. Acesso em: 8 maio 2021.

BRASIL. **Decreto nº 7.775, de 4 de julho de 2012**. Regulamenta o art. 19 da Lei no 10.696, de 2 de julho de 2003, que institui o programa de aquisição de alimentos, e o capítulo III da Lei no 12.512, de 14 de outubro de 2011, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Decreto/D7775.htm. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. Governo do Brasil. **Agricultura familiar produz 70% de alimentos do país mas ainda sofre na comercialização**. Portal Brasil, 15 de julho de 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2011/07/agricultura-familiar-precisa-aumentar-vendas-e-se-organizar-melhor-diz-secretario>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Governo do Brasil. **Agricultura familiar produz 70% dos alimentos consumidos no Brasileiro**. Portal Brasil, 7 julho de 2015 [última modificação: 23/12/2017]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2015/07/agricultura-familiar-produz-70-dos-alimentos-consumidos-por-brasil>. Acesso em: 28 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.346, 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/1. Lei/L11346.htm. Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.947, 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11947.htm. Acesso em: 1 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Execução Orçamentária do MDS – 2016**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021b. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/acao_informacao/despesas/mds_execucao_orcamentaria_2016.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Execução Orçamentária do MDS – 2017**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021c. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/cidadania/TCU/SPOG%20CGOF/Relat%C3%B3rio%20de%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20-%202017.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Execução Orçamentária do MDS – 2018**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021d. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/cidadania/TCU/SPOG%20CGOF/Relat%C3%B3rio%20de%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20-%202018.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Execução Orçamentária do MDS – 2015**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021a. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/acao_informacao/despesas/execucao_orcamentaria22122015.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Execução Orçamentária do Ministério da Cidadania – 2019**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021e. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acao-a-informacao/receita-e-despesas/MCidadaniaExecuoOramentria2019.pdf>. Acesso em: 14 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Execução Orçamentária do Ministério da Cidadania – 2020**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021f. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acao-a-informacao/receita-e-despesas/RelatrioExecuo2020.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário - SEAD. **Brasil: 70% dos alimentos que vão à mesa dos brasileiros são da agricultura familiar**. Brasília: SEAD, 2017. Disponível em: <http://www.mda.gov.br/sitemda/>

noticias/brasil-70-dos-alimentos-que-v%C3%A3o-%C3%A0-mesa-dos-brasileiros-%C3%A3o-da-agricultura-familiar. Acesso em: 18 fev. 2021.

CARDONA, Milagros G., CORDEIRO, Rosineide M.; BRASILINO, Jullyane. (2014). Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social. In: SPINK, Mary Jane *et al.* (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 123-148.

CARNEIRO, Maria José. "Rural" como categoria de pensamento. **RURIS-Revista do Centro de Estudos Rurais**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 9-38, 2008.

CARVALHO, Igor. Na pandemia, 13,6% dos brasileiros acima de 18 anos já ficaram um dia sem refeição. **Brasil de Fato**, 18 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.brasildfato.com.br/2021/04/18/na-pandemia-13-6-dos-brasileiros-acima-de-18-anos-ja-ficaram-um-dia-sem-refeicao>. Acesso em: 21 jan. 2022.

COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB. **Agricultura Familiar**. Disponível em: <https://www.conab.gov.br/agricultura-familiar>. Brasília: Conab, 2017. Acesso em: 14 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CONSEA. **O Consea**. Brasília: Presidência da República. Brasília: Consea, 2017. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/aceso-a-informacao/institucional/o-que-e-o-consea>. Acesso em: 1 jun. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CONSEA. **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Gráfica e Editora Positiva. [2004]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Seguranca_Alimentar_II/textos_referencia_2_conferencia_seguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 7 jul. 2021.

CORONA, Hieda Maria P.; PEREIRA, Andre Alves. Agricultura familiar e a segurança alimentar e nutricional: a comunidade da península da ilha do cavernoso no município de Candói/PR. **Revista Cronos**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 108-128, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/6086>. Acesso em: 23 set. 2020.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Tradução: Magda F. Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2016.

DOWBOR, Ladislau. **Projeto política nacional de apoio ao desenvolvimento local**. São Paulo: Instituto Cidadania, 2006. Disponível em: <http://www.dowbor.org/O6dlfinal.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2022.

FISCHER, Frank. **Democracy & Expertise: Reorienting Policy Enquiry**. Oxford:

Oxford University Press, 2009.

FISCHER, Frank. **Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

FISHER, Frank; FORESTER, John. **The Argumentative Turn In: Policy Analysis and Planning**. London: Duke University Press, 2013.

GONÇALVES, Maria da Graça M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2013.

GOOGLE NOTÍCIAS. **Coronavírus (Covid-19) – Brasil, Estatísticas**. Disponível em: <https://g.co/kgs/GP2Pgv>. Acesso em: 03 fev. 2022.

GRISA, Catia; SCHNEIDER, Sergio. Três gerações de políticas públicas para a agricultura familiar e formas de interação entre sociedade e estado no Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, [S. l.], v. 52, Supl. 1, p. 125-146, 2014. DOI <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-20032014000600007>.

GUILHOTO, Joaquim J. *et al.* **A importância da agricultura familiar no Brasil e em seus estados**. Brasília: NEAD, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo agropecuário 2006: agricultura familiar: primeiros resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/50/agro_2006_agricultura_familiar.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b. Acesso em: 29 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a. Acesso em: 30 mar. 2021.

LEITE, Maria Laís dos Santos. **Produção de sentidos sobre políticas públicas para agricultoras(es) familiares do Distrito Arajara em Barbalha-CE**. 2022. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

LEITE, Maria Laís dos Santos *et al.* Economia Solidária e Agricultura Familiar no Cariri cearense: as feiras como estratégia de mobilização e comercialização. 2021. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DO CAMPO DE PÚBLICAS, 4., 2021, Salvador. **Anais** [...]. Salvador: ENEPCP, 2021. Disponível em: <https://even3.blob.core.windows.net/processos/a1bd23004ab74c79866f.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LEITE, Maria Laís dos Santos. **Uma avaliação de percepção junto a agricultores(as) familiares beneficiários(as) do Programa de Aquisição de Alimentos em Barbalha-CE**. 2016. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável) - Universidade Federal do Cariri-UFCA, Juazeiro do Norte, Ceará, 2016. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4758873.

MATTEI, Lauro; HEINEN, Loeblein. Balanço dos impactos da crise da COVID-19 sobre o mercado de trabalho brasileiro em 2020. *Revista Katálysis*, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 43-61, 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e8249243>.

MEDRADO, Benedito, SPINK, Mary Jane; MÉLLO, Ricardo Pimentel. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, Mary Jane et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 273-294.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NASCIMENTO, Vanda L. V., TAVANTI, Roberth M.; PEREIRA, Camila C. Q. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisa científicas. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 247-272.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA - FAO, Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola – FIDA, PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS DAS NAÇÕES UNIDAS - PMA. **O Estado da Insegurança Alimentar no Mundo**. Fortalecimento de um ambiente favorável para a segurança alimentar e nutrição. Roma: FAO, 2014. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i4037o.pdf>. Acesso em: 27 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA - FAO; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Novos desafios para a alimentação na América Latina e no Caribe. In: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA - FAO; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Panorama da segurança alimentar e nutricional: sistemas alimentares sustentáveis para acabar com a fome e a má nutrição**. Santiago: FAO/OPAS, 2017. p. 11-20. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i6977o.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA - FAO. **Direito à Alimentação e Segurança Alimentar e Nutricional nos Países da CPLP - Diagnóstico de Base**. Roma: FAO, 2013.

Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i3348o.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO - FAO. **Agricultura e segurança alimentar no Brasil**. Brasília: FAO/Incra, 2019. Disponível em: <http://www.fao.org/brasil/fao-no-brasil/brasil-em-resumo/pt/>. Acesso em: 30 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO - FAO. (2017). **Iniciativa regional da FAO aponta agricultura familiar como promotora do desenvolvimento rural sustentável e a agenda 2030**. Brasília: FAO. Disponível em: <http://www.fao.org/brasil/noticias/detail-events/pt/c/1043666/>. Acesso em: 4 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. **COVID-19: Países do G7 devem tornar a igualdade de gênero eficaz para que o futuro das mulheres no trabalho seja melhor**. [2020]. Disponível em: https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_745194/lang--pt/index.htm. Acesso em: 15 mar. 2021.

PELIANO, Anna Maria. **O mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar**. Brasília: Ipea, 1993.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - REDE PENSSAN. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. Brasília: Rede Penssan, 2021. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 31 mar. 2020.

SCHMITT, Claudia J. Aquisição de alimentos da agricultura familiar: integração entre política agrícola e segurança alimentar e nutricional. *Revista de Política Agrícola*, v. XIV, n. 2, p. 78-88, 2005. Disponível em: http://www.agricultura.gov.br/arq_editor/file/acs/Revista_Politica_Agricola_Ano_XIV_N_2_Abr_Maio_Jun_2005.pdf. Acesso em: 24 jan. 2020.

SILVA, Sandro Pereira. A dinâmica das políticas públicas de desenvolvimento rural e sua incidência territorial: uma análise do Pronaf no Território Vale do Mucuri/MG. *Revista Extensão Rural*, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 60-78, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/extensaorural/article/download/13407/pdf>. Acesso em: 9 jul. 2020.

SILVEIRA, Fernando Gaiger et al. **Políticas públicas para o desenvolvimento rural e de combate à pobreza no campo**. Brasília: Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA), 2016. Disponível em: https://www.fida.org.br/assets/downloads/Politicass_publicas_para_o_desenvolvimento_rural.pdf. Acesso em: 21 jan. 2020.

SOUZA, Jonas Eduardo Tavares de. **Versões de manejos de água nos documentos do Fórum Mundial da Água e do Fórum Alternativo Mundial da Água**. 2018. (Dissertação de Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil. 2018. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/21951/2/Jonas%20Eduardo%20Tavares%20de%20Souza.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2020.

SPINK, Mary Jane P. (Org.). (2013). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2013.

SPINK, Mary Jane P. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, Mary Jane P.; FREZZA, Rose Mary. Práticas Discursivas e Produção de Sentido. In: SPINK, Mary J. (Org.). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p.1-21.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary J. (Org.). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013a. p. 22-41.

SPINK, Peter Kevin *et al.* Documentos de domínio público e a produção de informações. In: SPINK, Mary J. *et al.* (Org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 207-228.

SPINK, Peter Kevin. Análise de Documentos de Domínio Público. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013a. p. 79-105.

SPINK, Peter Kevin. Psicologia Social e políticas públicas: linguagens de ação na era dos direitos. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio P. de (Org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp, 2013b. p. 155-180.

VALADARES, Pablo. **O curto caminho de volta ao Mapa da Fome**. Brasília: Comissão de Direitos Humanos e Minorias, Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/o-curto-caminho-de-volta-ao-mapa-da-fome>. Acesso em: 8 ago. 2020.

ARTIGO 5

REINCIDÊNCIA DE SARAMPO NO BRASIL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

RECURRENCE OF MEASLES IN BRAZIL DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Julia Grazielle Alves Marelli
Álfe Diêgo Lima Silva
Carlos Wagner Oliveira
Estelita Lima Cândido

RESUMO

Descrever a situação do sarampo no Brasil nos meses de abril de 2020 a maio de 2021, período de isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19. Trata-se de estudo de prevalência, descritivo, com base documental, baseado na consulta de boletins epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde, cujos dados foram submetidos ao tratamento estatístico através do programa Bioestat 5.9, aplicando-se a estatística descritiva para dados quantitativos. Dos resultados obtidos, a faixa etária com maior número de casos correspondia àqueles que tinham entre 20 e 29 anos, com 29,9% dos casos confirmados, seguida da faixa etária 15 a 19 anos com 17,9%. O estado do Pará deteve o maior percentual de casos confirmados com 63,7%, assim como a maior incidência quando comparado aos demais estados, e responsável também pelo maior número de óbitos, com oito registros. Considerando a variável sexo, o maior registro de casos confirmados de sarampo entre 2020 e 2021 corresponde ao sexo feminino e em relação à faixa etária, o maior percentual foi representado por aqueles com idade entre 20 e 29 anos. Constata-se que o Brasil carece de uma cobertura vacinal mais efetiva, um plano de ação para evitar a disseminação de sarampo e políticas de combate permanente às notícias falsas sobre imunização.

Palavras-chave: Sarampo; Pandemia; Covid-19.

1 INTRODUÇÃO

O Sarampo é uma doença do tipo infecciosa causada por um vírus RNA pertencente ao gênero *Morbillivirus*, altamente contagioso. Seu quadro clínico é

caracterizado por febre alta, tosse seca, conjuntivite não purulenta, coriza e pequenos pontos amarelados na cavidade oral, chamados de manchas de Koplik, que antecedem o aparecimento dos sintomas (BRASIL, 2019a). A transmissão ocorre através das vias aéreas superiores no momento em que um indivíduo infectado expõe secreções nasofaríngeas, próximo daqueles que não apresentam imunidade para esse vírus, o que facilita muito a disseminação dessa doença em locais com aglomeração de pessoas (BRASIL, 2019b; MOURA *et al.*, 2018).

Os crescentes surtos da doença ocorridos em diversos continentes fizeram com que o sarampo voltasse a ter a atenção mundial devido a um aumento de 300% nos registros de casos confirmados registrados no continente europeu, 700% na África, 100% na região mediterrânea oriental, 60% nas Américas e 40% no sudoeste asiático e pacífico central. A Organização das Nações Unidas (ONU) recebeu mais de 110.000 notificações de casos de sarampo apenas no primeiro trimestre do ano de 2019 (ONU BRASIL, 2019).

Devido à vacinação, na primeira década do século XXI, a incidência global e a mortalidade por sarampo foram reduzidas em aproximadamente 70%. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a meta de vacinação para 90% das crianças de um ano de idade até 2015, meta essa que deveria aumentar para 95% até 2020. Também foram definidas datas limite para que o sarampo fosse eliminado de todas as regiões da OMS, porém, até 2002, as Américas foram as únicas localidades de atuação a conseguirem interromper a transmissão endêmica da doença (BUTLER, 2015; WHO, 2010).

A vacina para a doença foi introduzida no Brasil em 1960, e começou a fazer parte do Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1973, onde foi incorporada à rotina de cuidados da criança. Em 1992, de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde, o Brasil criou o Plano de Eliminação do Sarampo, sendo formuladas estratégias de vacinação, bem como campanhas de divulgação e vigilância epidemiológica intensiva, a fim de se erradicar a doença até o ano 2000. E em 2016, o Comitê Internacional de Especialistas (CIE) declara a eliminação da circulação viral nas Américas, baseado no progressivo decréscimo de incidência. A considerar que o tratamento para o sarampo consiste em suporte clínico, a vacinação tornou-se a medida profilática mais eficaz no combate à doença (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Porém, em 2019, o Brasil perdeu a certificação de país livre do sarampo, ofertado pela Organização Pan-Americana, visto que em 2018 houve 10.346

casos confirmados, dando início a novos surtos da doença, chegando a confirmar 20.901 casos. Em 2020 foram 8.448 novos casos, durante 2022, segundo o boletim epidemiológico semanal do SE1 até a SE 25, foram notificados 1.637 casos suspeitos, destes 2,5% foram confirmados e continuam sob investigação 27,7%, os demais foram descartados por critério laboratorial (CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2017; BORGES *et al.*, 2019; BRASIL, 2022).

Contudo, no ano de 2019, surgiram na China os primeiros casos de outra doença infectocontagiosa, causada por um novo coronavírus (COVID-19) que, rapidamente, foi disseminada para os outros países, alcançando o status de pandemia em 11 de março de 2020, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Diversos governos, embasados pela comunidade científica e OMS, adotaram o isolamento social como medida de defesa e combate à disseminação do novo coronavírus. No Brasil, grande parte da população aderiu a esse isolamento social, o que contribuiu para a atenuação da curva de contágio, mesmo com toda a polêmica gerada em torno dessa medida por parte de algumas autoridades, que se mostraram céticas quanto a sua eficácia (GARCIA, 2020; FARIAS, 2020; SCHMIDT, *et al.*, 2020; OMS, 2020).

A economia brasileira acabou demonstrando fragilidade nessa crise, que além de apresentar uma dependência econômica externa, a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, mostrou-se uma forte barreira para a melhoria do sistema de saúde, onde os custos com saúde não estão sendo capazes de manter a rede de serviços nem permitir sua melhoria por meio de investimentos (COSTA, 2020).

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo descrever a situação do sarampo no Brasil da semana epidemiológica 1 de 2020 a maio de 2021, período de isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Esse estudo descritivo de prevalência baseou-se na consulta de boletins epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde. Esses documentos são elaborados com os dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

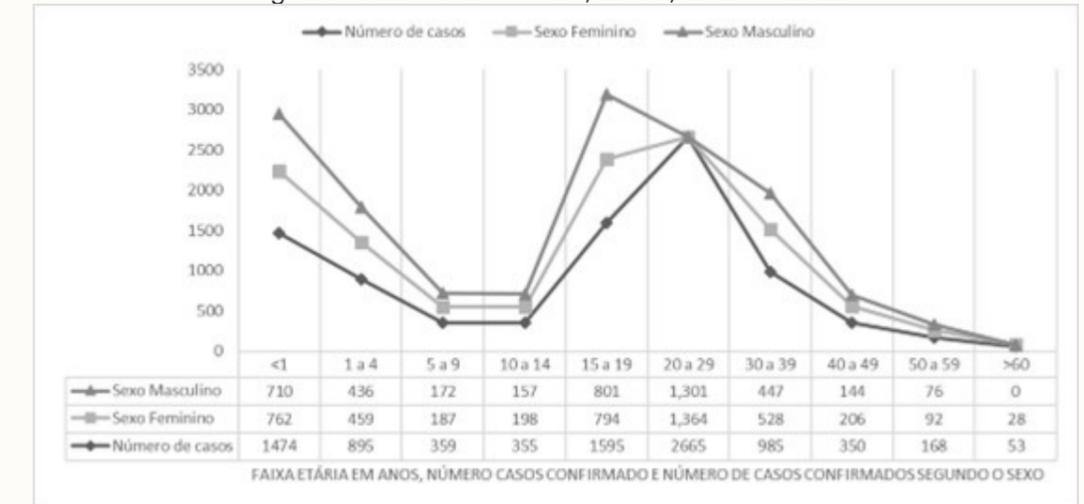
Os dados referentes ao sarampo datam de 2020 a 2022, sendo considerados os dados a partir de março de 2020 a julho de 2022, dando ênfase ao período de março 2020 a maio 2021, período em que foram adotadas as medidas de isolamento/distanciamento social no Brasil. Como critério de exclusão, foram desconsiderados os casos suspeitos, considerando apenas os casos confirmados de sarampo demonstrados nesses boletins epidemiológicos.

Esses dados foram submetidos ao tratamento estatístico, através do programa Bioestat 5.9, aplicando-se a estatística descritiva para dados quantitativos e assim obtendo a média, o desvio padrão e gerando um gráfico de número de casos confirmados, comparando esse número nos sexos feminino e masculino. A tabela foi feita utilizando programas como Excel e GraphPad Prism para melhor detalhamento de casos e situação vacinal.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi demonstrado que entre 2020 e 2021, o Brasil registrou 8.899 casos confirmados de sarampo. Em relação ao sexo, 51,8% dos acometidos pelo vírus eram mulheres (n=4.618) e 48,08% eram homens (n=4.279). Quanto à faixa etária dos casos registrados, aqueles que tinham entre 20 e 29 anos foram os responsáveis pelo maior percentual de acometimento, correspondendo a 29,9% (n=2.665) dos casos confirmados nesse período. Uma porcentagem significativa foi observada também entre a faixa etária de 15 a 19 anos (17,9%; n=1.595), sendo o sexo masculino o maior acometido com 50,2% (n=801) em relação ao sexo feminino (49,7%; n=794). Em menores de 1 ano de idade, as infecções registradas equivalem a 16,5% (n=1.474) de todos os casos registrados.

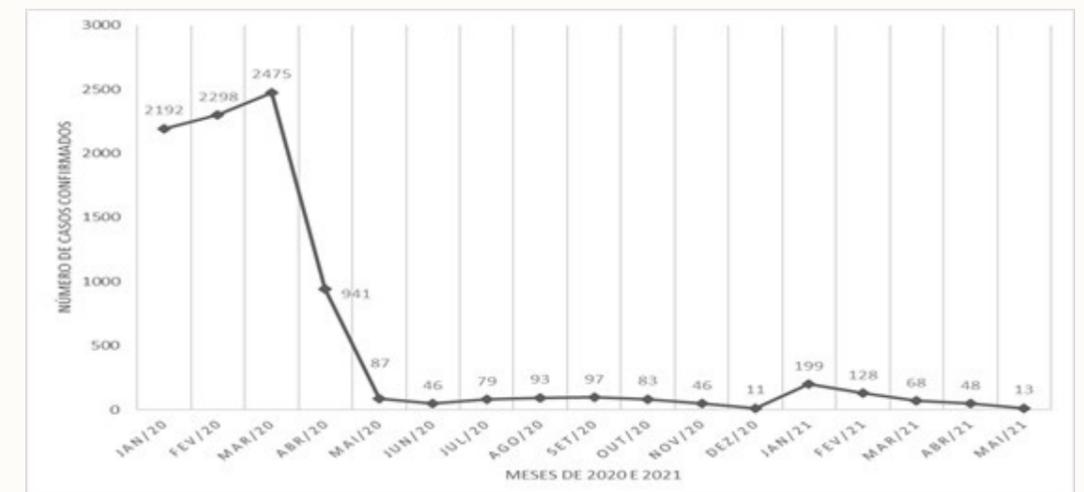
Figura 1 - Distribuição dos casos confirmados de sarampo dos estados com surto, segundo faixa etária e sexo, Brasil, 2020 e 2021



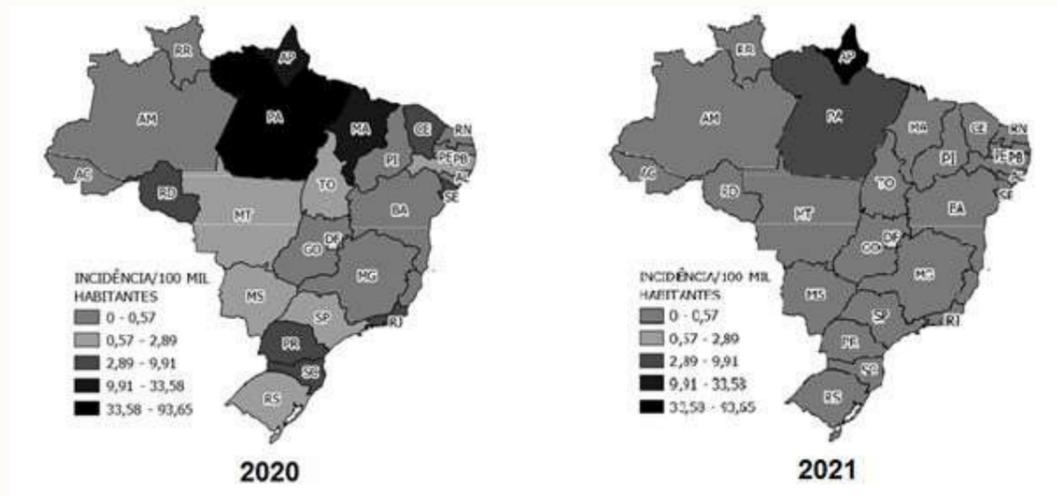
Fonte: Autoria própria (2021).

Foram confirmados no ano de 2020, 8.448 casos de sarampo (Figura 1), onde 66,6% (n=5.624) foi por critério laboratorial e 33,4% (n=2.824) foi por critério clínico epidemiológico. Nesse mesmo ano, 21 estados apresentaram casos de sarampo e 4 deles demonstraram circulação ativa do vírus, com destaque para o estado do Pará que detém 63,7% (n=5.385) dos casos confirmados, assim como a maior incidência (93,65 casos por 100 mil habitantes) (Figura 3) quando comparado aos demais estados brasileiros.

Figura 2 - Distribuição dos casos confirmados de sarampo, por mês, Brasil, de 2020 a 2021



Fonte: Autoria própria (2021).

Figura 3 - Mapas de incidência de sarampo no Brasil em 2020 e 2021

Fonte: Autoria própria (2021).

Conforme o boletim epidemiológico número 52, no ano de 2020 (tabela 1), foram registrados 10 óbitos por sarampo, sendo 1 caso no estado de São Paulo, que residia na capital, 1 no estado do Rio de Janeiro, residente do município de Nova Iguaçu e 8 óbitos no estado do Pará, divididos entre os municípios de Breves (3), Belém (2), Novo Repartimento (2) e Igarapé-Miri (1). A idade desses casos de óbito variou de 5 meses a 34 anos, 5 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino, não eram vacinados e 2 deles não possuíam registros quanto a situação vacinal.

Tabela 1 - Distribuição dos óbitos por sarampo em 2020 por estado, município do estado, sexo e situação vacinal

Nº DE ÓBITOS	ESTADO	MUNICÍPIO DO ESTADO	FAIXA ETÁRIA	SEXO	SITUAÇÃO VACINAL
1	São Paulo	São Paulo (capital)	13 meses	Feminino	Não vacinado
1	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	8 meses	Masculino	Não vacinado
1	Pará	Breves	18 meses	Feminino	Não vacinado
1	Pará	Breves	5 meses	Masculino	Sem-registro
1	Pará	Breves	9 meses	Feminino	Não vacinado
1	Pará	Belém	7 meses	Feminino	Sem histórico
1	Pará	Belém	34 anos	Masculino	Não vacinado
1	Pará	Novo Repartimento	25 anos	Feminino	Não vacinado

Nº DE ÓBITOS	ESTADO	MUNICÍPIO DO ESTADO	FAIXA ETÁRIA	SEXO	SITUAÇÃO VACINAL
1	Pará	Novo Repartimento	13 meses	Masculino	Não vacinado
1	Pará	Igarapé-Miri	18 meses	Masculino	Não vacinado

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Vigilância em Saúde, Boletim epidemiológico volume 52.

Em geral, 9 entre 10 pessoas que não possuem imunidade para o vírus ao manter contato com alguém contaminado desenvolverá o sarampo, sendo a via respiratória a principal forma de contágio, visto que é sabido que o vírus consegue sobreviver horas no ar e em superfícies contaminadas por secreções nasofaríngeas.

A mesma, reconhecida como uma das principais causas de morte em crianças com menos de cinco anos de idade, o sarampo torna-se desde 1968 uma doença de notificação compulsória. Em 2021, foram notificados 1.170 casos suspeitos da doença entre as semanas 1 e 22, período onde houve o início da flexibilização do distanciamento social devido ao COVID-19, sendo confirmados 456 casos, correspondendo a 39,0% (DOMINGUES, 1997; BRASIL, 2021; KIRZNER, 2019).

O perfil epidemiológico das ocorrências de sarampo no Brasil, entre 2015 e 2019, no que diz respeito ao sexo, demonstrou que 53,1% dos casos eram de homens e a faixa etária mais acometida compreendia os menores de um ano de idade com 723 casos (38,5%), seguido da faixa 1 a 4 anos com 26,1% (n=490). No nosso estudo, foi observado que a variável sexo mudou, sendo as mulheres hoje as mais acometidas com sarampo, representando 51,8% dos casos confirmados. Quanto à faixa etária, também houve mudanças, onde os jovens de 20 a 29 anos e de 15 a 19 anos foram os responsáveis pelos maiores percentuais de infecção com 29,9% e 17,9%, respectivamente (WANDERLEY *et al.*, 2021).

Indo um pouco mais longe na linha do tempo, um estudo realizado por Almeida *et al.* (2020) também demonstrou que de 2007 a 2014, a distribuição dos casos de sarampo, segundo o sexo, apontou os homens como os mais acometidos pela doença, com 55,78% (n=338) dos casos, o que ajuda a endossar ainda mais a evidência deste estudo, uma vez que se somados, os estudos de Almeida e Wanderley representam 12 anos de levantamento de dados.

Quando efetua-se a associação com o cenário no contexto de pandemia provocada por COVID-19, o estudo de Leite *et al.* (2015) mostrou que 2% da amostra

pesquisada que discordava totalmente da adesão correta ao isolamento era composta de jovens de 18-40 anos e a opção discordo parcialmente foi representada por jovens e pela faixa etária intermediária com 5,9% e 3,7%, respectivamente. Estudo este em que as mulheres relataram sair mais vezes que os homens, o que poderia explicar o aumento das infecções por sarampo no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino, uma vez que essa doença também é transmitida por gotículas de saliva e potencializada por aglomeração de pessoas.

O principal fator para o ressurgimento do sarampo no Brasil é a cobertura vacinal heterogênea, que vem declinando no país, o que contribui para a disseminação da doença. Atualmente, além da pandemia provocada pela COVID-19, o Brasil voltou a se deparar com movimentos antivacina que têm favorecido o retorno de doenças erradicadas anteriormente, a exemplo do sarampo. A falha na imunização seja individual ou coletiva tem como fatores a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, o movimento migratório nas regiões de fronteira com países de baixa cobertura de vacinação, além do já citado movimento antivacina, que já eram responsáveis por disseminar notícias falsas acerca dos imunizantes, porém nos últimos anos pandêmicos, ganharam força novamente (BRASIL, 2018; SARAIVA; FARIA, 2019).

A tendência de não vacinação que está acontecendo nos dias atuais é individual, porém influenciada por diversos fatores que partem desde os meios de comunicação até questões intrínsecas ao indivíduo, sejam elas experiências passadas ou convicções morais e religiosas, que nesse cenário, a decisão de não se vacinar colabora com a redução da imunidade populacional, resultando em surtos localizados ou no aumento alarmante das infecções em grupos ou populações específicas (APS *et al.*, 2018).

Recomenda-se que todos os brasileiros com idades entre 1 ano e 3 meses e 29 anos recebam as duas doses da vacina, porém o que se observou nesses últimos anos foi o registro bem abaixo da meta de 95% de cobertura vacinal em crianças, o que gerou indivíduos susceptíveis que influenciam na transmissão da doença. A consequência disso é que o Brasil detém de uma população jovem adulta com imunização inadequada, onde muitos receberam apenas uma dose da vacina, indicando que a distribuição etária dos casos de sarampo corresponde a jovens de 15 a 29 anos e as crianças com menos de um ano de idade, semelhante ao que foi observado no nosso estudo, uma vez que, juntos, os indivíduos infectados de 15 a 29 anos, representam 47,8% do total de casos confirmados (GOLDANI, 2018; JESUS *et al.*, 2015; LEITE *et al.*, 2015).

O vírus do sarampo reincidiu no país por meio de turistas e imigrantes vulneráveis à doença, tendo início na região Norte, onde a cobertura vacinal era inferior a 95%, justificando os resultados que mostram que no estado do Pará, entre 2019 e abril de 2020, obteve um total de 1.555 casos e assim demonstrando o alto poder de transmissão dessa doença. Esses surtos de sarampo possuem relação com casos importados e esse fator quando aliado a baixa cobertura vacinal trazem consequências para os recursos de saúde, mostrando que nesse cenário as crianças que não foram vacinadas são as mais afetadas, evoluindo para óbito ou sobrevivendo com sequelas (DUARTE *et al.*, 2020; ZUCKER *et al.*, 2020).

Os estados brasileiros que expressaram maior número de casos adotaram campanhas de vacinação com o objetivo de barrar a cadeia de transmissão do sarampo, porém aqueles estados que apresentam surto em atividade, demonstraram uma baixa cobertura vacinal tanto para a primeira como para a segunda dose (D1 e D2) do tríplice viral, sendo que a proteção coletiva alcançada pela meta de vacinação é capaz de eliminar o sarampo. Essa baixa cobertura vacinal se relaciona com falhas ou atrasos nos registros de aplicação de doses pelo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, devido a não transmissão de dados registrados para as bases de dados nacional e possivelmente pelo processo de migração de contingentes populacionais entre municípios vizinhos (BRUNO MARTÍN, 2019; BRASIL, 2017; BRASIL, 2019c, BRASIL, 2010).

Logo, foi demonstrado nesse levantamento de dados que quando distribuído de acordo com a variável sexo, o maior registro de casos confirmados de sarampo entre 2020 e maio de 2021 corresponde ao sexo feminino. Levando-se em consideração a faixa etária em anos desses casos confirmados, aqueles que possuem entre 20 e 29 anos representam o maior percentual de registros, seguido da faixa etária 15 a 19 anos, constatando a mudança de perfil dos acometidos quanto à idade em relação aos estudos anteriores, onde a maior parcela dos casos era representada por aqueles que possuíam menos de um ano de idade. O estado do Pará detém o maior número de casos confirmados de sarampo entre os estados brasileiros, assim como a maior taxa de incidência e número de óbitos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que o Brasil está vivendo tempos ainda difíceis com a situação do COVID-19, o período de isolamento social, juntamente com discussões sobre a situação da saúde no mundo, veio expor a necessidade que ainda há de se desenvolver melhores políticas públicas de saúde. Campanhas simples de vacinação, mesmo que feitas de forma remota através das tecnologias, e combates a falsas informações de saúde pública, são grandes aliados contra más informações de saúde. É provável que o período pandêmico, o isolamento social e o medo das pessoas em tomar as vacinas tenham influenciado a redução da vacinação.

O Brasil carece de uma cobertura vacinal mais efetiva, especialmente na região Norte, bem como um plano de ação para que seja impedida a disseminação do sarampo na população, para assim evitar o surgimento de novas epidemias. Além disso, campanhas de conscientização e políticas de combate às Fake News acerca dos programas de imunização devem ser realizadas de forma permanente.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Cariri (UFCA), pelo apoio à realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. C. C. *et al.* Estudo epidemiológico de pacientes infectados por sarampo no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 1513-1526, mar./abr. 2020.
- APS, L. R. M. M. *et al.* Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, p. 40-40, 2018.
- BORGES, A. O. *et al.* Surto de sarampo pelo baixo índice de vacinação no Brasil. **Revista Saúde Multidisciplinar**, Edição especial, p. 169-173, 2019.
- BUTLER, D. Measles by the numbers: A race to eradication. **Nature**, [S. l.], v. 518, Fev. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Relatório de verificação dos critérios de eliminação**

da transmissão dos vírus endêmicos do sarampo e rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC) no Brasil. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**, 2017; único: 01-706.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**, 2013. 1:01-228.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 2. Ed. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sarampo: Situação Epidemiológica.; 2018; Brasília [Internet]. **Cobertura vacinal**. Brasília: Ministério da saúde; 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-a-/sarampo-situacao-epidemiologica>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico 53**. Brasília: MS; jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico 52**. Brasília: MS; jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 3. ed. Brasília: MS; 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico 25**. Brasília: MS; set. 2019b. 50 (25):1-16.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação do sarampo no Brasil-2018-2019**. Informe nº 37.19 março 2019c.

BRASIL. **Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional [internet]**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>. Acesso em: 1 out. 2022.

BRUNO MARTÍN. **El país internacional**. Barcelona: Mundo tem maior incidência de sarampo em 13 anos. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/12/internacional/1565632624_852248.html. Acesso em: 25 nov. 2021.

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Vigilância doenças imunopreveníveis – 2017 Coqueluche, Difteria, PFA, Caxumba, Varicela, Sarampo/Rubéola e Tétano**. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201802/27110655-relatorio0-anual-da-vigilancia-das-doencas->

[imunopreveníveis-2017.pdf](#). Acesso em: 25 nov. 2021

COSTA, S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, [S. l.], v. 54, n. 4, jul./ago. 2020.

DOMINGUES, E. M. A. S. *et al.* Evolução do sarampo no Brasil e a situação atual. **Informe epidemiológico do SUS**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 7-19, 1997.

DUARTE, N. S. *et al.*, Retorno do sarampo ao Pará: análise epidemiológica da doença entre 2018 e 2020. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [S. l.], v. 12, n. 3, 2020.

GARCIA L. P.; DUARTE E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 29, n. 2, 2020.

GOLDANI, L. Measles outbreak in Brazil, 2018. **Elsevier B.V. © 's ScienceDirect, The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 22, Fascículo 5, p. 359, set./out. 2018.

FARIAS, H. S. F. O avanço da COVID-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade, **Espaço e Economia** [online], 2020, posto online no dia 08 abril 2020.

KIRZNER, S. Sarampo Measles. **Rev. Científica da Saúde**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 4-6, 2019. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/article/viewfile/655/582>. Acesso em: 25 nov. 2021

LEITE, R. D. *et al.* Measles Reemergence in Ceará, Northeast Brazil, 15 Years after Elimination. **Centers for Disease Control and Prevention's Emerging Infectious Diseases**, v. 21, n. 9, set. 2015.

LEITE, T. G. G. *et al.* Entendimento e adesão dos jovens às medidas de restrição social na pandemia de COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 7, p. 1-9, jul. 2021.

MOURA *et al.*, Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, [S. l.], v. 27, n. 2, 2018.

ONU BRASIL (Nações Unidas Brasil). **Casos de sarampo têm aumentado de 300% no mundo, diz OMS**. Brasil, 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/casos-de-sarampo-tem-aumentado-de-300-no-mundo-diz-oms/>. Acesso em: 27 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS Coronavírus Disease (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <https://COVID19.who.int/table>. Acesso em: 2 ago. 2020.

SARAIVA, L. J. C.; FARIA, J. F. A ciência e a Mídia: a propagação de fake News e sua relação com o movimento anti-vacina no Brasil. Intercom – Sociedade Brasileira

de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 42., 2019, [S. l.]. **Anais [...]**. [S. l.]: [s. n.], 2019. Disponível em: <http://portalintercom.org.br/anais/nacional2019/resumos/R14-1653-1.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

SATO, A. P. S. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? **Revista de Saúde Pública**, [S. l.] p. 1-9, 2018.

WANDERLEY, R. L. Perfil epidemiológico de sarampo no Brasil durante os últimos 5 anos. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 3784-3794, jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global eradication of measles: report by the Secretariat**. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2387/A63_18-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 2 ago. 2020.

ZUCKER, J. R. *et al.*, Consequences of Undervaccination – Measles Outbreak, New York City, 2018-2019. **N Engl J Med**, 2020.

ARTIGO 5

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL BRASILEIRA DO BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN (BCG) NO PERÍODO DE 2017 A 2021

ANALYSIS OF BRAZILIAN VACCINE COVERAGE OF *BACILUS CALMETTE-GUÉRIN'S (BCG)* IN THE PERIOD FROM 2017 TO 2021

Isaac Neri Borges

José Yago Pinheiro de Souza

Livia Sthéfane Pereira de Andrade

Maria Eduarda Duarte Lima

Estelita Lima Cândido

Milena Silva Costa

RESUMO

A vacinação é indispensável para a prevenção e erradicação de doenças. O objetivo deste estudo foi analisar a cobertura vacinal da BCG no Brasil, entre os anos de 2017 e 2021. Estudo retrospectivo, transversal e quantitativo, com o uso de dados secundários sobre a cobertura da vacina BCG no Brasil, nos anos de 2017 a 2021, coletados na plataforma do DATASUS. Os dados foram coletados no mês de março de 2022, utilizando-se de um formulário. A análise dos dados foi feita com o auxílio do programa Bioestat versão 5.0, e submetidos a testes estatísticos. Os resultados evidenciaram que no período estudado, foram aplicadas 12.463.073 doses da vacina BCG, sendo que apenas nos anos de 2017 e 2018, o país alcançou a meta mínima estabelecida pelo Programa Nacional de Imunizações. Houve significância estatística para variação entre todas as médias anuais do período analisado. A região Nordeste apresentou a menor média vacinal entre as cinco regiões, com 83,77% de cobertura, seguida da região Sudeste com 84,75%, Norte com 85,91%, Sul com 86,51% e no Centro-Oeste com 89,11% de imunizados. A média de cobertura vacinal de 19 estados brasileiros não atingiu o percentual desejado. Conclui-se que diante da cobertura vacinal no país desvelada, faz-se necessário maior vigilância, intensificação das campanhas de vacinação, mapeamento de áreas mais vulneráveis, adaptações das ações às necessidades de comunidades locais, conscientização da sociedade e atuação dos profissionais de saúde nas ações imunopreveníveis.

Palavras-chave: Vacinação; Programas de Imunização; Cobertura vacinal; Vacina BCG; Controle de Doenças Transmissíveis.

1 INTRODUÇÃO

A vacinação é uma estratégia indispensável para a prevenção, o controle e a erradicação de doenças imunopreveníveis. No Brasil, em 1973, foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI) com o objetivo de coordenar as ações de imunização no país, por meio de normatizações de uso, transporte, armazenamento, administração e monitoramento dos imunobiológicos (LIMA; PINTO, 2017).

O PNI estabelece o calendário de vacinação para a população brasileira, conforme faixa etária e o quadro epidemiológico vigente no país, e o implementa através de ações de rotina e/ou de campanhas, em especial, nos serviços de Atenção Primária à Saúde (RICCO; RANZIERI, 2021).

O Brasil é considerado um dos países com maior calendário de imunizações do mundo, entretanto, durante a pandemia da COVID-19, ocorreu uma redução da cobertura de todas as vacinas, devido as recomendações de distanciamento social e as medidas de mobilidade restritas, que contribuíram para o medo do contágio ao visitar os serviços de saúde. Além disso, nesse mesmo período, houve o compartilhamento de notícias falsas nas mídias sociais sobre a ineficácia das vacinas, que causaram a hesitação e a redução da procura por elas pela população (SILVEIRA; CONRAD; LEITE, 2021).

A vacina com o Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) é considerada como uma dessas vacinas que vem apresentando uma redução em sua cobertura vacinal, iniciada antes mesmo da pandemia da Covid-19 e acentuada após esse período (ARROYO *et al.*, 2020).

A vacina BCG protege contra a tuberculose, é fornecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde e é recomendada para crianças com até 4 anos, 11 meses e 29 dias, devendo ser aplicada o mais precocemente, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, caso o recém-nascido apresente mais de 2 kg (BRASIL, 2014).

A tuberculose é considerada como uma doença que causa muitas mortes no mundo e o Brasil está entre os países com maior número de casos, em especial, a partir do período inicial da pandemia da Covid-19, que reduziu a investigação de novos casos e o controle dos existentes, ampliando os desafios às agências de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

O Ministério da Saúde, desde o ano de 2003, prioriza a prevenção e o controle dos casos de tuberculose em suas ações, por meio de vacinação, busca ativa, avaliação diagnóstica e tratamento (BRASIL, 2017). Nos últimos anos, tem sido observada uma redução da cobertura da vacina BCG nas diferentes regiões e estados brasileiros, apesar das campanhas realizadas com o intuito de alcançar a meta mínima de 90% de cobertura para esse tipo de vacina, estabelecida pelo PNI (ARROYO *et al.*, 2020).

Com esse cenário, torna-se essencial mapear as regiões e os estados brasileiros quanto à cobertura vacinal para se traçar estratégias efetivas e heterogêneas com o objetivo de ampliar a vacinação e evitar novos casos de tuberculose. Com base nessa prerrogativa, o presente estudo tem como objetivo analisar a cobertura vacinal da BCG no Brasil, entre os anos de 2017 e 2021.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Programa Nacional de Imunizações

A vacinação é considerada como uma das ações mais eficazes para a prevenção, controle e erradicação de doenças transmissíveis, por reduzir os casos de morbimortalidade entre crianças e outras pessoas de diferentes idades. Nesse sentido, o PNI assume o compromisso de gerenciar e operacionalizar a cobertura vacinal da população brasileira, por meio de ações de rotina e de campanhas nos serviços de saúde federais, estaduais e municipais (FONSECA; BUENAFUENTE, 2021).

Entende-se por cobertura vacinal a proporção da população-alvo que recebeu o esquema completo da vacina em um período determinado e meta de cobertura vacinal é o objetivo pretendido pelo PNI para aquisição de proteção coletiva sobre determinada doença imunoprevenível. Assim sendo, o PNI estabelece metas mínimas de cobertura vacinal para a maioria das vacinas em 95% de cobertura e as vacinas BCG e a vacina Oral contra Rotavírus Humano (VORH) apresenta-se com meta de 90% (HOLANDA; OLIVEIRA; SANCHEZ, 2022).

2.2 Vacina BCG: finalidade, indicações, contraindicações e recomendações

A vacina BCG, que foi descoberta em 1921 e tornou-se obrigatória no Brasil a partir de 1976, previne contra as formas graves da tuberculose (miliar e meníngea)

além de ser indicada para contatos assintomáticos de pessoas com diagnóstico de hanseníase, com o intuito de oferecer níveis variáveis de proteção (LIMEIRA *et al.*, 2013).

Ela não pode ser administrada em pessoas que tenham o diagnóstico de HIV, mesmo estando assintomática, e deve ser adiada em crianças que tiveram peso inferior a 2 kg ao nascer. É apresentada sob a forma liofilizada em ampola multidose, acompanhada da ampola do diluente específico para a vacina, tem duração de seis horas após a diluição e é administrada como dose única, por via intradérmica no braço direito, como convenção brasileira, sendo indicada como rotina para as crianças abaixo de 5 anos de idade, em especial, ao nascer (BRASIL, 2014).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e quantitativo, com o uso de dados secundários sobre a cobertura da vacina BCG no Brasil, nos anos de 2017 a 2021, coletados na plataforma do DATASUS (BRASIL, 2022).

Os dados foram coletados no mês de março de 2022, por meio de um formulário que investigou as seguintes variáveis: cobertura da vacina BCG e sua meta alcançada por ano, cobertura vacinal de BCG nas regiões brasileiras e por unidades da federação e no distrito federal, no período de 2017 a 2021.

A análise dos dados foi feita com o auxílio do programa Bioestat versão 5.0, a partir do qual foi calculada a média da cobertura vacinal com BCG nas Regiões e nos Estados do Brasil, comparando com a meta estabelecida pelo PNI.

Os testes estatísticos Anova e Kruskal-Wallis com nível de significância de 0,05 foram utilizados para a comparação das médias de cobertura de imunização por ano e localidade nos âmbitos regional e estadual. Kruskal-Wallis foi aplicado quando as distribuições não atenderam ao critério de normalidade.

Os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabela, analisados conforme recomendações do Ministério da Saúde e literatura pertinente. Considera-se que por ser um estudo com dados publicados em Plataforma de domínio público, não foi necessário apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

4 RESULTADOS

Os resultados com a cobertura vacinal e metas alcançadas por ano, cobertura vacinal por regiões e estados, além da análise de significância estatística, estão apresentados nas figuras e tabela abaixo.

A Figura 1 apresenta a cobertura vacinal da BCG no Brasil e sua respectiva meta, nos anos de 2017 a 2021.

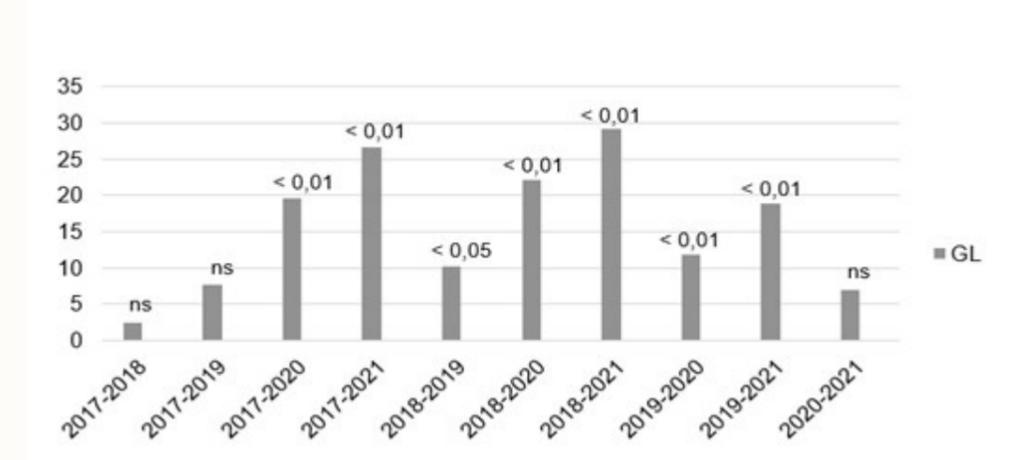
Figura 1 – Cobertura da vacina BCG no período de 2017 a 2021 no Brasil



Fonte: BRASIL (2022).

No Brasil, foram aplicadas entre os anos de 2017 e 2021, 12.463.073 doses da vacina BCG, sendo que nos anos de 2017 e 2018, o país apresentou cobertura de mais de 90% dos indivíduos da faixa etária alvo, alcançando a meta estabelecida pelo PNI. Nos últimos três anos, entretanto, foram observadas as menores taxas do quinquênio, com queda gradativa no percentual de cobertura vacinal brasileira, alcançando apenas 86,67%, 74,03% e 67,25% da população alvo, respectivamente. Nos cinco anos, houve uma redução de 30,73% de doses administradas.

Figura 2 - Análise de significância estatística de variância entre os anos investigados



Fonte: Teste Anova um critério realizado no Bioestat 5.0.

Os valores de p acompanham as barras respectivamente.

*GL: Graus de Liberdade. *ns: não significante.

A Figura 2 demonstra que houve significância estatística para variação entre todas as médias anuais do período analisado ($p < 0,0001$), assim como as variâncias ano a ano, exceto entre 2017 e 2018, 2017 e 2019 e entre 2020 e 2021.

Figura 3 - Cobertura vacinal da BCG no período de 2017 a 2021 nas regiões brasileiras



Fonte: BRASIL (2022).

Obs: A apresentação de coberturas acima de 100% está condicionada à aplicação de imunizante para população que não corresponde ao alvo da localidade (ARROYO *et al.*, 2020).

Na Figura 3, observa-se que as regiões brasileiras apresentaram queda na cobertura vacinal da BCG nos três últimos anos analisados. No ano de 2019, as regiões Norte e Centro-Oeste atingiram a meta mínima de 90%, no entanto, no biênio 2020-2021, nenhuma das regiões logrou êxito quanto essa meta estabelecida pelo PNI.

Com base nos percentuais por ano das regiões brasileiras descritos na Figura 3, realizou-se a média, a partir do cálculo do somatório de coberturas dividida pelo tempo em anos e encontrou que para o recorte temporal de cinco anos (2017-2021), nenhuma região apresentou média vacinal superior a 90%.

A região Nordeste apresentou a menor média vacinal entre as cinco regiões, com 83,77% de cobertura, seguida da região Sudeste com 84,75%, Norte com 85,91% e Sul com 86,51% de imunizados. Por fim, a região Centro-Oeste apresentou o resultado que mais se aproxima da meta nacional de imunização para o Bacilo de Calmette-Guérin, com 89,11% da população alvo vacinada. Apesar das diferentes coberturas de imunização, as discrepâncias percentuais não são estatisticamente significantes ($p=0,9693$), demonstrando assim, que ocorreu pouca variação entre as regiões.

Tabela 1 - Cobertura vacinal da BCG no período de 2017 a 2021 nas Unidades da Federação e no Distrito Federal do Brasil

Unidade da Federação	COBERTURAS VACINAIS (%)					Média Estadual
	2017	2018	2019	2020	2021	
Rondônia	97,81	93,61	88,11	70,76	64,22	82,90
Acre	96,83	100,93	93,86	71,36	67,23	86,04
Amazonas	93,82	96,97	93,27	88,90	85,15	91,62
Roraima	116,74	135,55	115,88	98,12	70,40	105,18
Pará	85,83	87,65	83,06	68,97	65,42	78,23
Amapá	93,89	102,95	100,27	89,09	90,76	95,39
Tocantins	104,75	104,06	112,41	89,70	83,81	98,96
Maranhão	105,69	105,11	83,57	64,15	61,46	84,03
Piauí	93,94	97,90	82,58	76,26	74,76	85,01
Ceará	109,59	104,89	86,05	66,24	62,30	85,72
Rio Grande do Norte	67,22	107,70	85,29	77,95	80,99	83,63
Paraíba	104,00	105,35	94,90	64,74	61,21	86,03
Pernambuco	97,25	106,53	92,07	76,51	70,98	88,69
Alagoas	110,92	112,92	91,54	67,33	62,74	89,06
Sergipe	98,50	106,33	85,41	74,62	76,85	88,28
Bahia	86,96	84,27	78,05	74,98	55,87	76,12
Minas Gerais	94,81	100,85	88,76	81,56	72,93	87,79
Espirito Santo	91,93	99,98	90,10	78,45	78,48	87,72
Rio de Janeiro	115,38	105,72	79,62	60,81	58,07	84,49
São Paulo	100,95	101,28	83,78	67,68	61,57	83,27
Paraná	96,31	97,93	91,19	88,56	77,47	90,36
Santa Catarina	87,04	92,72	83,43	80,17	64,54	81,47
Rio Grande do Sul	91,29	90,98	87,83	84,56	73,01	85,68
Mato Grosso do Sul	122,81	129,56	114,25	62,65	59,22	97,47
Mato Grosso	96,61	106,14	90,11	83,47	76,91	90,35
Goiás	88,67	93,58	86,73	78,00	70,76	83,57
Distrito Federal	93,61	89,50	93,24	90,56	90,16	91,44
Média anual Brasileira	97,98	99,72	86,67	74,03	67,25	
p-valor			p<0,0001			

Fonte: BRASIL (2022).

Obs: O realce de cinza destaca o ano em que o estado apresentou a cobertura abaixo de 90%.

O valor p ressalta a significância de variação entre os anos 2017 e 2021 no Brasil.

A média de cobertura vacinal entre 2017 e 2021, de 19 estados brasileiros, não atingiu o percentual desejado, conforme descrito na Tabela 1. Pará (78,23%) e Bahia (76,12%) estiveram abaixo da meta durante todo o período analisado, demonstrando a vigência expressiva do problema. Nesses cinco anos, Rio Grande do Norte, Santa Catarina e Goiás atingiram a imunização anual almejada uma única vez. A análise das médias revela que, entre as Unidades da Federação e o Distrito Federal, a variação não evidencia diferenças estatisticamente significantes ($p=0,8$).

Em 2020 e 2021, apenas o Distrito Federal atingiu a meta nos dois anos, Roraima em 2020 e Amapá em 2021. Nenhuma das demais Unidades Federativas

obteve a meta de cobertura desejada pelo PNI para a vacinação anual de BCG. As menores taxas de cobertura anual dos últimos 5 anos ocorreram no ano de 2021 nos estados: Bahia com 55,87%, Rio de Janeiro com 58,07% e Mato Grosso do Sul com 59,22% (Tabela 1).

Em relação ao primeiro ano de pandemia, que foi em 2020, a maioria dos estados não conseguiu elevar sua cobertura vacinal durante o ano seguinte, com exceção de Amapá, Espírito Santo, Rio Grande do Norte e Sergipe (Tabela 1).

5 DISCUSSÃO

O declínio das doses administradas de BCG na população alvo no país alerta para a necessidade de investigar os motivos de tal situação e para elaboração de estratégias de adesão à vacina, uma vez que a baixa cobertura predispõe o aumento de casos da doença nas diferentes faixas etárias, além de óbitos evitáveis. A tuberculose em crianças, jovens, adultos e em idosos pode causar condições físicas, sociais, psicológicas e laborais debilitantes e onerar os serviços de saúde (ROY *et al.*, 2019).

São considerados fatores que estão associados a redução da cobertura vacinal de BCG nos últimos anos: dificuldades de acesso aos serviços de saúde, redução de ações efetivas de educação em saúde sobre a importância da vacinação, horário de funcionamento limitado da Unidade Básica de Saúde em algumas localidades, dias definidos pela equipe de Estratégia Saúde da Família para abertura do frasco de vacina por causa do tempo de validade após diluída, baixa alfabetização em saúde e hesitação quanto a vacinação (CHAVES *et al.*, 2021).

Essas dificuldades foram ampliadas pelas restrições do contexto da pandemia da Covid-19, de modo que os indivíduos de áreas mais remotas, como comunidades periféricas, regiões ribeirinhas e rurais foram mais prejudicadas (SILVEIRA; CONRAD; LEITE, 2021). Esse fato denota a desigualdade de acesso à saúde a que muitas populações estão submetidas e um fator agravante para a não imunização e para o contágio de diversas doenças, como é o caso da tuberculose (RICCO; RANZIERI, 2021).

Convém ressaltar que, desde o início da emergência global de Covid-19, as políticas de saúde das nações estão centralizadas na contenção da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2. É evidente que a situação atual pede inúmeros esforços para minimizar mortes e sequelas causadas pelo vírus, contudo, outras

doenças, a exemplo da tuberculose, foram negligenciadas por falha de gestão em saúde e/ou pela baixa adesão da população às campanhas de vacinação (RICCO; RANZIERI, 2021).

Apesar de no ano de 2021, a taxa de mortalidade da enfermidade ter sido de 1,28 óbitos por 100 mil habitantes no Brasil, um pouco inferior aos anos anteriores, cujas taxas variaram em torno dos 1,5 óbitos/100 mil hab., é importante destacar que essa redução pode advir de subnotificação, causando uma interpretação errônea de que o país se aproxima da meta estipulada para 2035 de mortalidade inferior a 1 óbito/100 mil hab. Ao contrário, com o declínio da cobertura de vacinação de BCG, os números alertam para uma projeção oposta de aumento de casos de formas graves e de óbitos pela doença (BRASIL, 2022).

Essa preocupação é válida para todas as regiões do país, pois apesar de alguns estados brasileiros terem se aproximado do percentual desejado pelo Ministério da Saúde para cobertura vacinal da BCG (90%) no período avaliado, há diferentes localidades que a exposição a bactéria é maior, pelas condições climáticas, culturais, econômicas, sociais e de saúde da população.

Estudo sobre regiões com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil, no período de 2006 a 2016, revelou uma importante redução na cobertura dessas vacinas nos últimos anos, constatando heterogeneidades consideráveis entre os municípios (ARROYO *et al.*, 2020).

Diante desse cenário, é preciso que sejam implementadas estratégias com objetivo de reverter esse quadro. Como exemplos, as equipes de saúde poderão compartilhar informações, conhecimentos para empoderar os indivíduos e facilitar uma tomada de decisão consciente, ampliar o horário de funcionamento das unidades de saúde para dar possibilidade às pessoas que não conseguem comparecer no horário comercial, realizar busca ativa dos casos faltosos, o setor de transporte público deverá melhorar o acesso às UBS.

Acrescenta-se que a equipe da secretaria municipal de saúde poderá promover ou possibilitar a participação dos profissionais de saúde que atuam em salas de vacina em cursos e capacitações sobre atualização em vacinas, realizar inquéritos domiciliares de forma periódica e disponibilizar os imunobiológicos nas salas de vacina em quantidades suficientes para atender às demandas locais.

São muitos os desafios enfrentados na busca de ampliar a cobertura vacinal,

de evitar novos casos de tuberculose e de controlar os existentes. Assim sendo, é importante que essas e outras estratégias sugeridas sejam implementadas, além da realização de outros estudos acerca da temática, para conhecer a situação de cobertura vacinal e as possibilidades de adesão à vacinação.

6 CONCLUSÃO

Diante da cobertura vacinal no país desvelada, faz-se necessário maior vigilância, intensificação das campanhas de vacinação, mapeamento de áreas mais vulneráveis, adaptações das ações às necessidades de comunidades locais, conscientização da sociedade e atuação dos profissionais de saúde nas ações imunopreveníveis.

REFERÊNCIAS

- ARROYO, L. H. *et al.* Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 1-18, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. 2022. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 17 mar. 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 19 mar. 2022.
- CHAVES, I.E.S. *et al.* Hesitation regarding the COVID-19 vaccine among medical students in Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 67, n. 10, p. 1397-1402, 2021.
- FONSECA, K. R.; BUENAFUENTE, S. M. F. Análise das coberturas vacinais de crianças menores de um ano em Roraima, 2013-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2021.
- HOLANDA, W.T.G.; OLIVEIRA, S.B.; SANCHEZ, M.N. Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 27, n. 04, p. 1679-1694, 2022.
- LIMA, A. A.; PINTO, E. S. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Scire Salutis**, [S. l.], v. 7, n. 1, 2017.
- LIMEIRA, O. M. *et al.* Busca ativa de casos de hanseníase no Centro-Oeste do Brasil: avaliação sorológica de contatos domiciliares assintomáticos antes e após profilaxia com bacilo Calmette-Guérin. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 173-177, 2013.
- RICCO, M.; RANZIERI, S. BCG e COVID-19: Achatamento da curva era apenas uma ilusão? **Doenças Infecciosas Agora**, [S. l.], v. 51, n. 5, p. 495-497, 2021.
- ROY, R. B. *et al.* Suscetibilidade e proteção da tuberculose em crianças. **The Lancet Infectious Diseases**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 96-108, 2019.
- SILVEIRA, M. M.; CONRAD, N. L.; LEITE, F. P. L. Efeito do COVID-19 na cobertura vacinal no Brasil. **Journal of Medical Microbiology**, [S. l.], v. 70, n. 11, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global tuberculosis report 2021**. Geneva, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>. Acesso em: 19 mar. 2022.

IMPACTOS E PERSPECTIVAS DE AUTOCUIDADO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19: uma revisão integrativa

IMPACTS AND PERSPECTIVES OF SELF-CARE OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE COVID-19 PANDEMIC:

an integrative review

Rosane Aparecida de Sousa
Maria Rosilene Cândido Moreira
Milena Silva Costa
Marta Regina Farinelli
Isadora Catananti Ardenghi Andrade

RESUMO

Objetivo: Identificar as publicações sobre os impactos e o autocuidado dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Metodologia: Revisão integrativa utilizando-se da metodologia JBI para revisões sistemáticas de evidências qualitativas, no modelo guiado pelo acrônimo PICo (P = População, I = Fenômeno de interesse, Co = Contexto), realizada em julho de 2022, a partir de periódicos indexados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Web of Science, Scopus e Embase, utilizando-se os termos “self care”, “occupational health”, “health personnel” e “COVID-19”, e seus equivalentes em português: “autocuidado”, “saúde do trabalhador”, “pessoal de saúde”, “profissionais de saúde”, “trabalhadores de saúde”, “COVID-19” e “infecções por coronavírus”. Nove artigos foram selecionados, cujas conclusões compuseram o corpus textual processado no software IRaMuTeQ pela análise de similitude, auxiliando na definição de duas categorias empíricas. Resultados: Os estudos publicados ratificam a percepção do impacto negativo da Pandemia da COVID-19 no cotidiano profissional e pessoal dos profissionais da saúde, agravando suas condições de saúde e qualidade de vida no trabalho. As ações com enfoque no autocuidado identificadas ocorreram de forma incipiente quanto à manutenção, promoção e proteção da saúde física e mental dos mesmos e desarticulada de suas necessidades. Conclusão: Os exemplos exitosos reforçam a relevância de investimentos na política de saúde para o trabalhador, com ênfase no autocuidado.

Palavras-chave: Autocuidado; COVID-19; Profissionais de Saúde; Saúde do Trabalhador.

1 INTRODUÇÃO

O autocuidado dos profissionais de saúde é uma responsabilidade coletiva, que envolve os próprios profissionais, familiares, amigos, gestores dos serviços de saúde e toda rede social de seu convívio, que possam viabilizar mecanismos de enfrentamento das situações estressantes (HORTA *et al.*, 2022).

Com essa premissa, é importante que estudos sejam investigados sobre os impactos causados e as práticas de autocuidado adotadas ou propostas para os profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. Estudos dessa natureza se justificam a partir da compreensão de que quando esses profissionais estão bem de saúde, os resultados pessoais e profissionais serão evidenciados na assistência aos pacientes, na redução do absenteísmo e das complicações decorrentes das situações vivenciadas na pandemia. Assim sendo, esta revisão teve como objetivo conhecer os estudos publicados sobre os impactos e as perspectivas de autocuidado dos profissionais de saúde, durante a pandemia por COVID-19 no Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A conjuntura pandêmica da COVID-19 trouxe diferentes impactos na vida da população em decorrência das medidas de precaução, recomendadas pelas agências de saúde e pelos órgãos governamentais, para controlar os casos existentes, evitar os casos novos e reduzir os óbitos decorrentes da doença.

No campo de trabalho dos profissionais de saúde, diferentes problemas comprometeram sua saúde, em especial, daqueles que estavam na linha de frente nos ambientes hospitalares assistindo as pessoas que chegavam em condições graves causadas pela COVID-19.

O sofrimento psíquico, transtorno de ansiedade, distúrbios do sono, medo, riscos inerentes à doença, longas e exaustivas jornadas laborais, pressão dos pacientes por falta de vagas nos hospitais, contato frequente com o fim da vida, déficit de insumos e outras condições de trabalho desfavoráveis, estiveram presentes com mais ênfase no início da pandemia (PEREIRA *et al.*, 2022).

Estudo realizado pela Fiocruz com quase 16 mil profissionais de saúde brasileiros sobre as condições de trabalho no contexto da Covid-19 revelou alterações

significativas na vida de 95% desses trabalhadores, pois quase 50% admitiram excesso de trabalho; 43,2% deles se sentiram desprotegidos no trabalho (23% por escassez e inadequação do uso de Equipamentos de Proteção Individual e 18% por medo de se contaminar); 15% relataram estrutura inadequada para as atividades laborais, fluxos de internação ineficientes (12,3%), despreparo técnico (11,8%) e insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais (10,4%). Houve queixas de perturbação do sono (15,8%), irritabilidade/choro (13,6%), estresse (11,7%), dificuldade de concentração (9,2%), perda de satisfação na carreira ou na vida/tristeza/apatia (9,1%), pensamento suicida (8,3%) e alteração no apetite/peso (8,1%) como situações que afetaram o cotidiano desses profissionais (LEONEL, 2021).

Compreende-se que o campo profissional não se dissocia da vida pessoal, e essas alterações refletiram no cotidiano familiar dos profissionais de saúde que estavam ou não na linha de frente, pois houve acúmulos de atribuições laborais e domiciliares e mudanças comportamentais no estilo de vida, uma vez que o isolamento exigiu o convívio das atividades escolares das crianças e dos demais afazeres do lar, concomitante ao home office ou a atividade presencial (SCHÖNFFELDT; BÜCKER, 2022).

Como resultado, a pandemia evidenciou a necessidade de se desmistificar a ideia de que os profissionais de saúde estão sempre prontos, aptos e disponíveis para promover assistência às pessoas e, assim, não precisam realizar ações para o autocuidado.

O autocuidado é uma atitude representada pela autonomia do indivíduo sobre a sua saúde, que contribui para comportamentos saudáveis e para prevenir ou detectar doenças e agravos de forma precoce (CENTENARO *et al.*, 2022). No contexto da pandemia, ele se tornou fundamental para a manutenção, preservação e promoção da saúde dos profissionais que tiveram comprometimento físico, mental e/ou emocional ou que estavam vulneráveis a tais alterações.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são exemplos de ações para o autocuidado que podem mitigar os efeitos negativos da pandemia, por incentivar os indivíduos a realizarem ações de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, por meio de tecnologias seguras e eficazes, favorecendo a saúde (PEREIRA; SOUZA; SCHVEITZER, 2022).

As rodas de conversas virtuais são consideradas outra estratégia para o

autocuidado, por possibilitar a troca de vivências, dificuldades, informações e sugestões para a promoção da saúde, valorizando de forma dialógica as possíveis soluções para diminuir os fatores estressantes decorrentes da pandemia (MARQUEZ *et al.*, 2022).

Acrescentam-se também como estratégias para o autocuidado dos profissionais de saúde durante a pandemia, o mapeamento das queixas, o acompanhamento do bem-estar, os serviços de telessaúde, os aconselhamentos, o afastamento da atividade de forma provisória e a educação permanente e continuada (PEREIRA *et al.*, 2022).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida com base na metodologia do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas de evidências qualitativas (LOCKWOOD *et al.*, 2020). Nesta revisão, foram adotadas as seguintes etapas de execução: identificação do problema de pesquisa, elaboração da questão de revisão, definição das estratégias de busca e seleção dos artigos científicos, extração dos dados, análise do material e síntese integrativa.

Adotou-se o modelo guiado pelo acrônimo PICo (P = População, I = Fenômeno de interesse, Co = Contexto) para elaboração da pergunta de revisão: O que tem sido publicado sobre os impactos e o autocuidado dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil?

Os estudos que compuseram esta revisão foram considerados mediante critérios de inclusão alinhados à estratégia PICo delineada na questão de revisão. Foram considerados elegíveis os estudos primários que corresponderam aos critérios: População – estudos primários tendo como participantes profissionais de saúde, independentes do nível de formação, serviço de saúde ou nível de atenção à saúde prestado; Fenômeno de interesse – estudos sobre o cuidado de si e estratégias de autocuidado adotadas por profissionais de saúde brasileiros; Contexto - estudos realizados no Brasil e relacionados à pandemia da COVID-19 e Tipos de fontes de evidência – textos completos e disponíveis online, nos idiomas inglês, espanhol ou português e publicados a partir do ano de 2020, ano em que as produções científicas sobre a pandemia começaram a ser publicadas. Teses, dissertações, monografias, livros, cartas ao editor, consensos e revisões de qualquer estilo foram excluídas.

Foram escolhidos os estudos de periódicos indexados nas fontes: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), acessada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science, Scopus e Embase, via Portal de Periódicos da CAPES. Os termos utilizados para as buscas foram: “self care”, “occupational health”, “health personnel” e “COVID-19”, de acordo com o Medical Subject Heading (MeSH) e Tesouro da Emtree, e seus equivalentes em português: “autocuidado”, “saúde do trabalhador”, “pessoal de saúde”, “profissionais de saúde”, “trabalhadores de saúde”, “COVID-19” e “infecções por coronavírus”, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Todos os termos escolhidos compuseram as estratégias de buscas, com auxílio dos operadores booleanos AND e OR.

Após a busca realizada no mês de julho de 2022, os estudos seguiram para leitura dos títulos e resumos, sendo excluídos aqueles duplicados e os que não corresponderam aos critérios de inclusão. Para garantir o rigor da seleção das publicações, dois autores independentes participaram desse processo, por meio da ferramenta blind on do gerenciador de referências Rayyan Systems (RAYYAN, 2022).

Os textos eleitos foram caracterizados em relação às variáveis título, objetivo, delineamento e desfecho e, para a análise temática, os resultados de cada estudo foram transcritos para o editor de textos do programa Libre Office, versão 7.2, com supressão de caracteres especiais e acrescentadas as linhas de comando para exportação ao programa IRaMuTeQ versão 0.7 alpha 2 que, conforme similaridade de conteúdo, viabilizou a análise de similitude para auxiliar na definição das categorias temáticas empíricas.

Dentre as várias possibilidades que este software oferece, optou-se pela análise de similitude devido este tipo de análise configurar-se como uma maneira de dispor os resultados textuais por meio da concorrência entre as palavras e o grau da conexão entre elas, clarificando conteúdos semânticos interconectados que exibem sua estrutura representacional (CAMARGO; JUSTO, 2013).

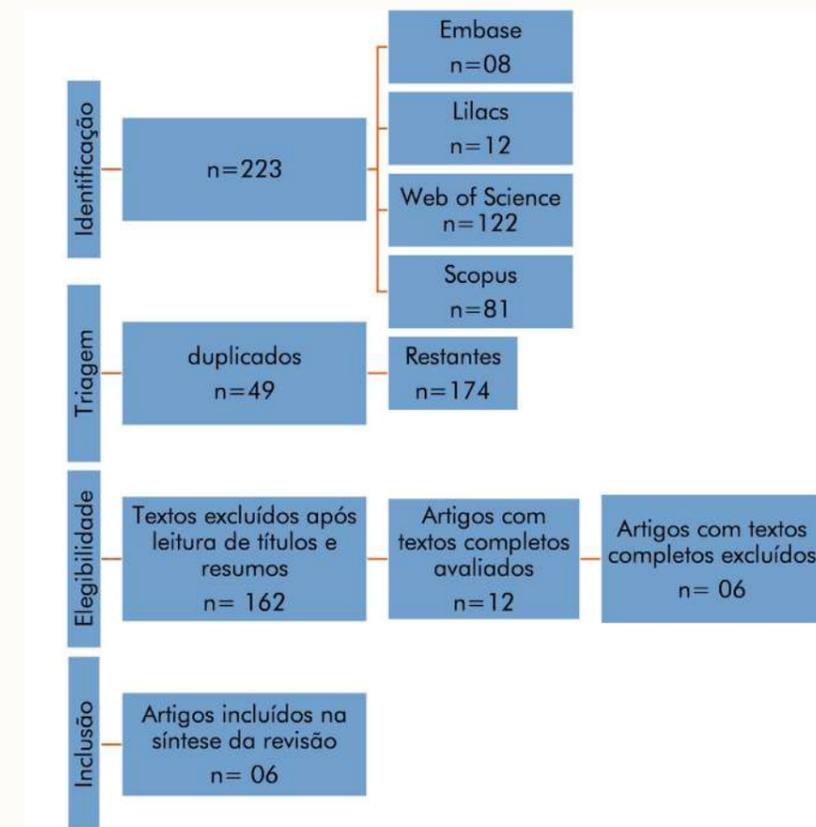
Por meio da imagem de árvore, a análise de similitude desenha-se em uma ilustração multicolorida pelos agrupamentos denominados “comunidades”, que se distribuem conforme a conectividade estabelecida entre si, por meio de linhas nomeadas “vértices” (CAMARGO; JUSTO, 2021). Assim, anunciam-se os conteúdos detalhados do corpus analisado, ao mesmo tempo que torna o fenômeno compreensível de maneira global.

Os resultados foram discutidos com apoio da literatura revisada e à luz do referencial teórico do autocuidado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca identificou um total de 223 estudos e, após a seleção foram eleitos 12, dos quais seis (6) não responderam ao objetivo e aos critérios de inclusão da revisão, sendo incluídos seis (6) artigos para análise final (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama de fluxo da busca e seleção dos estudos



Fonte: Autoria própria (2022).

Dos seis artigos analisados, identificou-se que o ano de 2021 foi o de maior publicação, quatro estudos foram publicados em revistas do Brasil e cinco tinham abordagem qualitativa (Quadro 1).

Quadro 1 - Características dos estudos analisados na revisão

TÍTULO	OBJETIVO	DELINEAMENTO	DESEFECHO
Impacto da COVID-19 nos hábitos alimentares, atividade física e sono em profissionais de saúde brasileiros.	Investigar as mudanças nos hábitos de vida diária relacionados ao sono, alimentação e atividade física de profissionais de saúde no Brasil para compreender o impacto da pandemia de COVID-19 no cotidiano dessas pessoas.	Estudo observacional e transversal, quantitativo, realizado de maio a julho de 2020. A amostra foi de 710 profissionais de saúde brasileiros que responderam um questionário do Google Forms, disponibilizado por meio do aplicativo móvel WhatsApp e pelo site da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.	Os profissionais de saúde brasileiros apresentaram aspectos da qualidade de vida (atividade física, alimentação, ingestão de álcool e sono) que foram mais afetados durante a pandemia de COVID-19 em comparação com os achados de pesquisas de estudos internacionais para a população geral. São achados que indicam a necessidade de maior intervenção assistencial para esse grupo tão importante para a população, principalmente no período de enfrentamento da pandemia.
Impact of COVID-19 on Healthcare Workers in Brazil between August and November 2020: A Cross-Sectional Survey.	Avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 nos profissionais de saúde brasileiros.	Pesquisa transversal, quantitativa com uma amostra de 295 participantes. Utilizaram um questionário on-line disponibilizado no Brasil entre 11 de agosto e 1º de novembro de 2020. O questionário estruturado continha 66 itens que investigou a rotina de trabalho dos profissionais de saúde na pandemia de COVID-19, o impacto da pandemia em seu bem-estar psicossocial e informações sobre seu estado de infecção.	O estudo revelou que a COVID-19 teve um impacto importante na vida dos profissionais de saúde participantes, por ter havido altas taxas de ansiedade e depressão e alta incidência de infecções por COVID-19 entre eles, apesar de ter havido adesão às medidas preventivas. Intervenções direcionadas para reduzir as taxas de infecção por COVID-19, bem como para evitar ansiedade e depressão, devem ser desenvolvidas para manter os profissionais de saúde saudáveis e no ambiente de trabalho. A promoção do uso de EPI durante o atendimento ao paciente e a promoção da vacinação podem ser ideias nesse sentido.

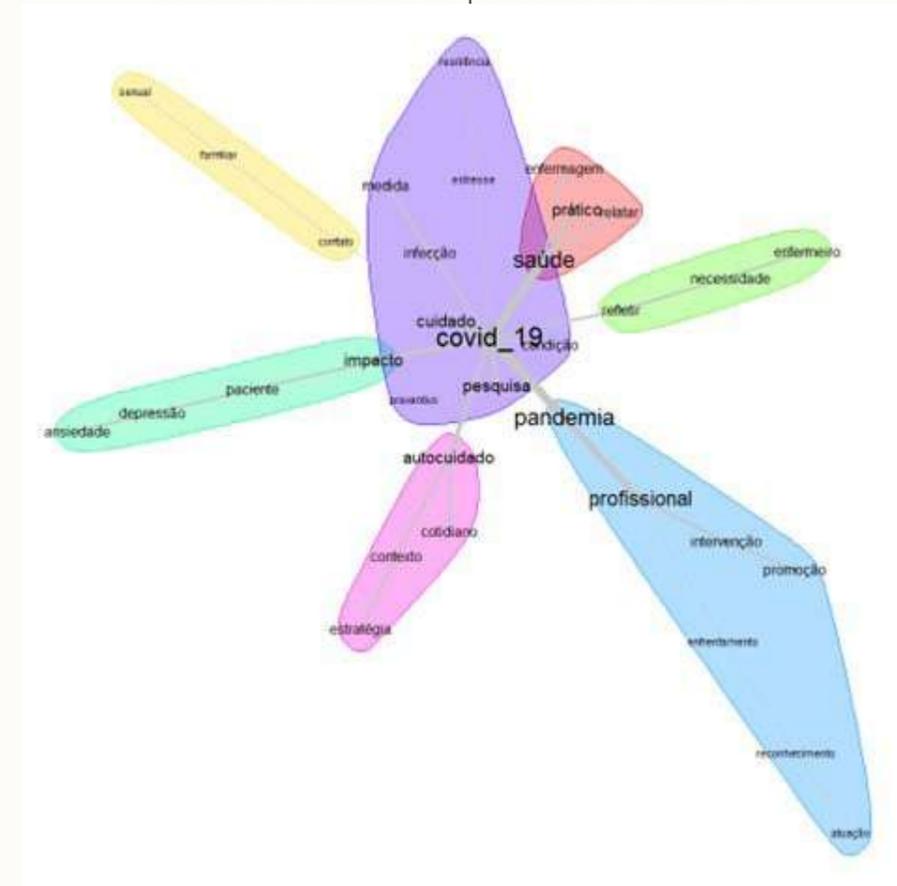
Suporte ético-emocional à profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19: relato de experiência.	Descrever a experiência de planejamento, execução e avaliação de um serviço de suporte ético-emocional para profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19.	Relato de experiência no âmbito da Comissão de Suporte Ético-Emocional do Conselho Regional de Minas Gerais, Brasil, desenvolvido entre os meses de abril e dezembro de 2020 e operacionalizado por meio de ligações telefônicas e mensagens via aplicativo de comunicação.	O suporte fez-se inovador para área da saúde e da enfermagem ao constituir-se como uma estratégia multidisciplinar promotora, aconselhadora e facilitadora do cuidado em tempos de COVID-19. Encoraja-se a manutenção desta estratégia após a pandemia.
Por trás das máscaras: reconstruções do cuidado de enfermeiros frente à COVID-19.	Analisar as narrativas de enfermeiros sobre sua prática cotidiana no enfrentamento da COVID-19 e suas implicações em sua vivência pessoal e profissional.	Pesquisa qualitativa com o referencial metodológico da história oral fundamentada na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. A amostra foi constituída por meio da técnica de bola de neve e participaram do estudo 30 enfermeiros atuantes na linha de frente do enfrentamento da pandemia, de unidades de saúde das diferentes regiões do Brasil. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, via plataformas virtuais de comunicação de acesso livre, entre junho de 2020 e agosto de 2021.	Estão organizados em duas categorias: a) reconstrução do cuidado frente à desconhecida COVID-19; b) todo ser humano necessita ser cuidado. O enfrentamento da pandemia ocorreu em precárias condições de trabalho e uso inadequado dos EPI, com mudanças diárias de procedimentos diante do desconhecido. Em consequência ao enfrentamento constante da morte, houve relatos de agravos à saúde mental, revelando fragilidades do enfermeiro e o reconhecimento da necessidade de autocuidado.

<p>Resilience and its impact on the mental health of physiotherapists during the COVID-19 pandemic in São Paulo, Brazil.</p>	<p>Analisar se a resiliência modula os níveis de depressão, ansiedade, estresse e o impacto dos eventos em fisioterapeutas que trabalham com pacientes COVID-19 e com aqueles que não o fazem.</p>	<p>Estudo transversal realizado de agosto de 2020 até outubro de 2020. Participaram 519 fisioterapeutas, que responderam questionários sociodemográficos, classificando sua depressão, ansiedade e estresse em uma escala (DASS-21), e também foram utilizados o Impacto da Escala de Eventos Revisada (IES-R) e a escala de resiliência de 14 itens (14-RS).</p>	<p>Fisioterapeutas com baixa resiliência apresentaram escores elevados de depressão, ansiedade, estresse e impacto do evento em comparação com o grupo de alta resiliência (P < .001). Trabalhar com pacientes com COVID-19 resultou em aumento dos níveis de depressão, ansiedade e estresse em comparação com o grupo que não trabalhou com os pacientes com COVID-19 (P < .001).</p>
<p>Necessidades pessoais de enfermeiros durante a pandemia da COVID-19 em Mato Grosso.</p>	<p>Identificar as necessidades pessoais de Enfermeiros durante a pandemia da COVID-19 em Mato Grosso.</p>	<p>Estudo exploratório, qualitativo, realizado em abril de 2020, com Enfermeiros do estado de Mato Grosso. Utilizou-se o discurso do sujeito coletivo e a Teoria das Necessidades Humanas de Maslow.</p>	<p>Os participantes apresentaram necessidades intermediárias (segurança e sociais) quanto às categorias da teoria de Maslow. Em relação aos discursos foram obtidas quatro ideias centrais: autocuidado, necessidade de afeto, compreensão do distanciamento e prejuízos na relação conjugal.</p>

Fonte: Autoria própria (2022).

A análise de similitude (Figura 2) possibilitou obter uma visão global dos estudos envolvendo o grau de conexão entre o trabalho dos profissionais de saúde no contexto da pandemia, seus impactos e a abordagem do autocuidado nesse panorama.

Figura 2 - Árvore de similitude do corpus Impactos e autocuidado dos profissionais de saúde no contexto da pandemia de COVID-19



Fonte: Adaptado de Camargo e Justo (2013).

Foi possível verificar que o núcleo central dos estudos (comunidade roxa) abrangeu a “prática” de saúde dos profissionais e as respectivas “medidas” de “cuidado” e controle da “infecção” no contexto da “COVID-19”.

De modo complementar, as comunidades periféricas trouxeram abordagens dicotômicas encontradas nos estudos analisados, onde as três comunidades à direita do núcleo central esboçaram aspectos do cuidado vinculados à atuação profissional, enquanto as três comunidades situadas à esquerda fizeram alusão aos cuidados mais pessoais desses profissionais. A comunidade azul destacou os estudos que abordaram a “intervenção profissional” na “promoção” e no “enfrentamento” da pandemia, sinalizando o “reconhecimento” da “atuação” desses profissionais. A comunidade rosa clara evidenciou os estudos sobre o “relato” das “práticas” de “enfermagem” no contexto pandêmico, e a comunidade verde destacou a importância de “refletir” sobre as “necessidades” dos “enfermeiros” durante esta prática.

No lado esquerdo ao núcleo central, a comunidade amarela abrangeu as medidas restritivas de “contato” “familiar” e “sexual” que tiveram de ser adotadas pelos profissionais de saúde, uma vez que os fluidos são considerados fontes de contágio do novo coronavírus. A comunidade verde água trouxe os estudos sobre o “impacto” da condição de saúde dos “pacientes” sobre a saúde mental dos profissionais, com destaque para episódios de “depressão” e “ansiedade” decorrentes do cuidado efetuado na linha de frente da pandemia. Por fim, a comunidade lilás destacou o “autocuidado” e a necessidade de sua agregação ao “contexto” dos profissionais, como uma “estratégia” a ser implementada no “cotidiano” de vida e trabalho.

A seguir, são apresentadas as categorias que emergiram dos artigos investigados e clarificadas pela análise de similitude.

Categoria 1 – Impactos da Pandemia da COVID-19 no cotidiano dos profissionais de saúde

Compõe essa categoria estudos sobre as mudanças causadas no cotidiano dos profissionais de saúde em tempos de pandemia, que foram realizados no ano de 2020. Época em que os sistemas de saúde brasileiros ficaram sobrecarregados com o número de pessoas adoecidas e, como consequência, foi necessário submeter os profissionais de saúde a um trabalho intenso, exaustivo e com riscos de contaminação (CRESCO *et al.*, 2021).

Os estudos revelaram que os médicos e enfermeiros, e em especial, as mulheres, sofreram com a pandemia em várias dimensões de sua vida cotidiana, principalmente, entre os meses de pico da COVID-19 ocorrido no período de maio a julho de 2020.

Os enfermeiros, por estarem na linha de frente aos cuidados das pessoas hospitalizadas por COVID-19, apresentam uma maior exposição aos fatores de risco devido à indisponibilidade de medidas básicas de proteção, maior carga horária de trabalho, demanda aumentada de pacientes graves, além do afastamento familiar e social, o que gerou sobrecarga física e emocional (JIANG; BROOME; NING, 2020).

No estudo de Mota *et al.* (2021), aproximadamente 70% dos profissionais de saúde avaliados (n=710) apresentaram alguma queixa relacionada ao sistema cardiovascular e distúrbio do sono. No tocante a alimentação, 78,5% aumentaram

o consumo de carboidratos, ingestão alimentar noturna, compulsão alimentar e aumento de peso; 53,9% dos profissionais de saúde deixaram de praticar algum exercício, enquanto 25,8% reduziram a frequência ou intensidade, demonstrando que 79,7% deles apresentaram impacto insatisfatório na realização de atividade física, considerado como nível superior ao de uma população confinada em outros países durante a pandemia de COVID-19 até julho de 2020.

O comportamento sedentário e as mudanças comportamentais no estilo de vida durante a pandemia predisuseram ao aumento da morbimortalidade relacionada a doenças cardiovasculares, câncer e aumento da incidência de diabetes mellitus tipo 2 (SCHÖNFFELDT; BÜCKER, 2022).

Durante o isolamento social, programas de atividade física e exercício físico domiciliares, por meio de mídias digitais, foram difundidos e recomendados, por sua segurança e baixo custo, porém, muitos profissionais de saúde não aderiram à proposta por falta de tempo e motivação (MATOS, 2020).

Em outro estudo que envolveu 295 profissionais de saúde, sendo a maioria mulheres e médicas, avaliou-se o bem-estar psicossocial. Os dados apreendidos revelaram a ansiedade e depressão advindas de alguns fatores como estar com COVID-19, mesmo utilizando as medidas de segurança e os EPI (VILLELA *et al.*, 2021).

Há de se considerar que dada a alta taxa de transmissão comunitária no Brasil, muitos profissionais de saúde podem ter contraído o novo coronavírus em outros espaços fora do local de trabalho, apesar de acreditarem ter sido contaminados no ambiente laboral devido a assistência ofertada aos pacientes com a doença, o que fez resultar em estresse agudo, dificuldades emocionais, cognitivas, físicas e de relacionamento (WALTON; MURRAY; CHRISTIAN, 2020).

Outro estudo revelou que os enfermeiros experimentaram sentimento de rejeição de outras pessoas por medo de contaminação cruzada, ficaram com medo de infectar suas famílias e pacientes, e temeram perder colegas de trabalho e familiares (PIGATI *et al.*, 2022).

Houve também o estudo em que os profissionais de saúde precisaram mudar a rotina de trabalho e não voltavam para casa para protelar, restringir e evitar o contato direto com os seus familiares, com o objetivo de protegê-los de qualquer tipo de contaminação, o que fez gerar tristezas e frustrações (NASCIMENTO; HATTORI; TRETTEL, 2020).

Além dessas questões pessoais, é relevante salientar que 16,6% dos profissionais de saúde que participaram do estudo de Villela *et al.* (2021), relataram redução de salário, o que pode ter influenciado na manutenção das necessidades básicas da vida, contribuindo para o agravamento da saúde mental. Considera-se que o trabalho desses profissionais deve ser valorizado, reconhecido e apoiado pela sociedade, gestores e autoridades.

Os resultados das investigações indicaram o agravamento da saúde física e mental dos profissionais de saúde na pandemia e que intervenções precisam ser consideradas para o autocuidado durante e após a pandemia.

Categoria 2 – Perspectivas de autocuidado dos profissionais de saúde na pandemia da COVID-19

A população brasileira vem vivenciando a pandemia de COVID-19 com atitudes que vão do negacionismo dos impactos deste processo de adoecimento à falta de perspectivas frente ao futuro. Para Matos (2020), a COVID-19 gerou medo devido ao grande número de óbitos e das demandas agravadas e/ou advindas da pandemia, como a fome, violência, desemprego, falta de moradia, evasão escolar, ausência de medicamentos, falta de leitos, equipamentos em hospitais para tratamentos, vacinas, tratamento de outras enfermidades, entre tantas outras demandas que não foram atendidas.

Os profissionais de saúde também foram afetados por terem assumido o compromisso ético e profissional de prestar os cuidados preventivos, protetivos, curativos e paliativos às pessoas que precisavam. Eles ficaram predispostos a diferentes tipos de adoecimentos, o que emergiu a necessidade de se colocar como pauta urgente a discussão sobre o autocuidado desses profissionais durante a pandemia.

Quando se aborda o cuidado nas investigações científicas, compreende-se que é todo campo das ocupações e preocupações recíprocas onde dependência e interdependência individuais são tomadas como “fatos da existência” apresentando-se como o mais próprio da condição humana, do nosso “ser-no-mundo”. O ser humano não sobrevive física e mentalmente sem cuidados recebidos e oferecidos (FIGUEIREDO, 2011).

Cecílio (2011) complementa dizendo que a gestão do cuidado em saúde é

o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. Porém, antes de qualquer uso de tecnologia de saúde, é essencial o reconhecimento pelo próprio profissional de saúde sobre sua necessidade para o autocuidado.

Com essa perspectiva, o estudo de Penna e Rezende (2021) revelou que os profissionais de saúde participantes reconheciam as fragilidades vivenciadas nos campos de trabalho a partir da pandemia e que precisavam de ações para o autocuidado, entendendo que quem cuida, precisa ser cuidado.

É importante que o profissional de saúde receba apoio psicoemocional, para lhe ajudar a compreender melhor a situação, permitir o reconhecimento dos riscos do seu trabalho como parte da sua profissão e utilizar essa vivência para ressignificar às medidas restritivas impostas pela pandemia para compreender a necessidade do seu autocuidado (SUN *et al.*, 2020).

Nascimento, Hattori e Trettel (2020) afirmam que as pessoas que tendem a ser mais resilientes conseguem controlar melhor e suportar as situações adversas sem sofrer consequências negativas quanto aos aspectos físicos, psicológicos ou sociais. Para isso, é preciso que os profissionais de saúde vivam o cotidiano com seus significados, particularidades, subjetividades sem auto exigências e cobranças no ambiente de trabalho (MAFFESOLI, 2014).

Considera-se que é urgente traçar estratégias e propor intervenções eficazes para melhorar a resiliência dos profissionais da saúde que estão na linha de frente da pandemia, por entender que o desenvolvimento dessas estratégias poderá protegê-los da COVID-19, dos transtornos psicológicos e dos efeitos pós-traumáticos causados pela pandemia (PIGATI *et al.*, 2022).

O primeiro passo é identificar as necessidades dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, Amaral *et al.* (2022) apontam que o bem-estar, a segurança e a proteção dos profissionais de saúde devem estar presentes nas ações cotidianas e nas políticas de saúde. E em qualquer espaço socialglobal, é necessário oferecer orientações, apoio e suporte, como uma das medidas essenciais à manutenção, promoção e proteção da saúde física e mental, principalmente no contexto da pandemia da COVID-19.

Assim, o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-

MG) instituiu a Comissão de Suporte Ético-Emocional (CSEE) articulada ao Comitê Gestor de Crise do COREN-MG, cujo objetivo foi acolher os profissionais diante das repercussões da COVID-19 frente a vida, o trabalho e a saúde, com ações objetivas e concretas, pautadas na realidade dos profissionais mineiros, com prioridade para o atendimento ao sofrimento ético-emocional. Os atendimentos foram conduzidos por enfermeiros qualificados, com vista a ação terapêutica construída a partir das subjetividades e complexidades humanas, cumprindo-se o sigilo e o anonimato dos profissionais atendidos, o que acabou por culminar na redução de sentimentos negativos, na valorização pessoal, no autoconhecimento, no autocuidado e na indicação do serviço para outros colegas (AMARAL *et al.*, 2022).

No estudo de Villela *et al.* (2021), os autores enfatizaram uma abordagem multidimensional para a promoção do autocuidado dos profissionais de saúde, contando com o apoio psicológico nos ambientes laborais, utilização de grupos informais de apoio, linha direta de atendimento psicológico e/ou outras formas de telemedicina, além da oferta de áreas seguras para descanso e relaxamento no local de trabalho, soluções de acomodação para os profissionais de saúde que não podem ficar em casa, oferecer refeições gratuitas e serviços de creche.

Sabe-se da heterogeneidade de cada região brasileira e seus reflexos no enfrentamento da pandemia, entretanto, investir na saúde do trabalhador e dar acesso a ações para o autocuidado dos profissionais de saúde é pensar em um serviço com mais qualidade e benefícios mútuos, apesar de ainda ser considerado um grande desafio para os gestores de saúde (DEMARTINI *et al.*, 2020).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou conhecer as publicações científicas acerca do autocuidado dos profissionais da saúde no contexto da Pandemia da COVID-19. O autocuidado caracteriza-se por ações de cuidado empregadas para o funcionamento integral do ser humano, tendo como foco a promoção da saúde e do bem-estar.

Em decorrência da referida pandemia constatou-se o agravamento das condições de saúde da população, as situações de urgência e emergência em decorrência da infecção pelo vírus, o aumento inesperado de demanda pelos serviços de saúde e a fragilidade das ações do Estado frente às demandas apresentadas culminaram no adoecimento também dos profissionais da saúde.

No período da pandemia da COVID-19, os profissionais da saúde, especialmente os que atuaram na linha de frente dos diferentes serviços de assistência à saúde, estiveram expostos a riscos de contaminação e a diferentes fatores estressantes que comprometeram a sua saúde física, mental e emocional.

A discussão sobre os impactos e perspectivas de autocuidado de profissionais de saúde na pandemia da COVID-19 expõe a fragilidade ou mesmo ausência de políticas, programas e projetos voltados para o cuidado e autocuidado dos profissionais da saúde.

Ao mesmo tempo, reafirma a relevância de atividades nas quais a pessoa invista em suas condições de saúde tanto na manutenção, preservação, como em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos decorrentes do ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, G. G.; SILVA, L. S.; OLIVEIRA, J. V.; MACHADO, N. M.; TEIXEIRA, J. S.; PASSOS, H. R. Suporte ético-emocional à profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Esc. Anna Nery**, [S. l.], v. 26, n. e., p. 1-7, 2022.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol.**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRaMuTeQ**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2022. Disponível em: http://iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf. Acesso em: 28 set. 2022.
- CECÍLIO, L. C. D. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.
- CENTENARO, A. P. F. C.; BECK, C. L. C.; SILVA, R. M.; CAMPONOGARA, S.; SILVEIRA, A.; CABRAL, F. B. Autocuidado de catadores de material reciclável: ações de Enfermagem à luz da Pesquisa Convergente-Assistencial. **Esc. Anna Nery**, [S. l.], v. 26, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0111>.
- CRESPO, J.; CARRILLO, C. F.; IRUZUBIETA, P.; HERNÁNDEZ-CONDE, M.; RASINES, L.; JORQUERA, F. Massive impact of coronavirus disease 2019 pandemic on gastroenterology and hepatology departments and doctors in Spain. **J. Gastroenterol. Hepatol.**, [S. l.], v. 36, n. 6, p. 1627-1633, 2021.

DEMARTINI, K.; KONZEN, V. M.; SIQUEIRA, M. O.; GARCIA, G.; JORGE, M. S. G.; BATISTA, J. S. Care for frontline health care workers in times of COVID-19. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, [S. l.], v. 53, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0358-2020>.

FIGUEIREDO, L. C. Cuidado e saúde: uma visão integrada. *ALTER. Revista de Estudos Psicanalíticos*, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 11-29, 2011.

HORTA, R. L.; LUCINI, T. C. G.; LANTIN, P. J. S.; PERDONSSINI, L. B.; SETTE, T. G.; BITTENCOURT, M. C. *et al.* "Pegar" ou "passar": medos entre profissionais da linha de frente da COVID-19. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [S. l.], v. 71, n. 1, p. 24-31. 2022.

JIANG, L.; BROOME, M. E.; NING, C. The performance and professionalism of nurses in the fight against the new outbreak of COVID-19 epidemic of Chinese nurses is laudable. *Int J Nurs Stud [Preprint]*, [S. l.], v. 107, n. 1, 2020.

LEONEL, F. **Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde**. 2021. <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>.

LOCKWOOD, C.; PORRIT, K.; MUNN, Z.; RITTENMEYER, L.; SALMOND, S.; BJERRUM, M. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: AROMATARIS E.; MUNN Z. (Org.). **JB I Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. 5. ed. Forense Universitária. 2014. 340 p.

MARQUEZ, L. V.; HERNANDES, R. A.; RODRIGUES, A. S. D.; RAIMONDI, G. A.; PAULINO, D. B. Rodas de conversa remotas: ensino-aprendizagem e vivência da promoção da saúde na pandemia da Covid-19. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 1, p. 1-6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210292>.

MATOS, M. C. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

MATTOS, S. M.; PEREIRA, D. S.; MOREIRA, T. M. M.; CESTARI, V. R. F.; GONZALEZ, R. H. Recomendações de atividade física e exercício físico durante a pandemia Covid-19: revisão de escopo sobre publicações no Brasil. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 1-9, 2020.

MOTA, I. A.; SOBRINHO, G. D. O.; MORAIS, I. P. S.; DANTAS, T. F. Impacto da COVID-19 nos hábitos alimentares, atividade física e sono em profissionais de saúde brasileiros. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, v. 79, n. 5, p. 429-436, maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0482>.

NASCIMENTO, V. F.; HATTORI, T. Y.; TRETTEL, A. C. P. T. Necessidades pessoais de enfermeiros durante a pandemia da Covid-19 em Mato Grosso. *Enferm. Foco*, [S. l.], v. 11, n. 1, especial, p. 141-145, 2020.

PENNA, C. M. M.; REZENDE, G. P. Por trás das máscaras: reconstruções do cuidado de enfermeiros frente a COVID-19. *REME – Rev. Min. Enferm.*, [S. l.], v. 25, n. 1, 2021.

PEREIRA, E.; SOUZA, G. C.; SCHVEITZER, M. C. Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pela enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 46, n. 1, p. 152-164, 2021.

PEREIRA, E. C.; ROCHA, M. P.; FOGAÇA, L. Z.; SCHVEITZER, M. C. Occupational health, integrative and complementary practices in primary care, and the Covid-19 pandemic. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S. l.], v. 56, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0362>.

PIGATI, P.; RIGHETTI, R. F.; NISIAYMAMOTO, B.; SARAIVA-ROMANHOLO, B. M.; TIBERIO, I. Resilience and its impact on the mental health of physiotherapists during the COVID-19 pandemic in São Paulo, Brazil. *Journal of Affective Disorders*, [S. l.], v. 310, n. 1, p. 422-428, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.049>.

Rayyan, Intelligent Systematic Review. Rayyan Systematic Review Tutorial. Cambridge: Rayyan Systems Inc. 2022. Disponível em: <https://youtu.be/1YWABiWWlq>. Acesso em: 28 set. 2022.

SCHÖNFFELDT, S. D. G.; BÜCKER, J. Saúde mental de pais durante a pandemia da COVID-19. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [S. l.], v. 71, n. 2, p. 126-132, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000378>.

SUN, N.; WEI, N.; SHI, S.; JIAO, D.; SONG, R.; MA, L.; WANG, H.; WANG, C.; WANG, Z.; YOU, Y.; LIU, S.; WANG, H. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of Covid-19 patients. *Am J Infect Control*, [S. l.], v. 48, n. 6, p. 592-598, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>.

VILLELA, E. F. M.; CUNHA, I. R.; FODJO, J. N. S.; OBIMPEH, M.; COLEBUNDERS, R.; HEES, S. V. Impact of COVID-19 on healthcare workers in Brazil between august and november 2020: a cross-sectional survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, [S. l.], v. 18, n. 12, p. 6511-6524, jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph18126511>.

WALTON, M.; MURRAY, E.; CHRISTIAN, M. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur. Heart Journal Acute Cardiovascular Care*, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 241-247, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>.

AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CORONAVÍRUS:

revisão de literatura

SELF-CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: *literature review title in english*

Camila Lazzarotto Gularte
Eda Schwartz

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar os estudos que abordam o autocuidado na Atenção Primária da Saúde e as medidas de prevenção e controle do coronavírus. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca na literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) Web of Science e National Library of Medicine (PubMed/Medline), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados em 2011 a 2021. Os resultados nos remetem destacar que as experiências locais diante da pandemia do Coronavírus são ressaltadas nas medidas de enfrentamento conforme a cultura local.

Palavras-chave: Autocuidado; Atenção Primária à Saúde; COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

Atenção Primária em Saúde como nível de assistência atuou com o maior potencial de bloqueio da transmissão viral na comunidade e de minimizar riscos à população durante a pandemia causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) – COVID-19, no ano de 2020. A dificuldade em manter as ações próprias da APS tornou-se um problema para todos os profissionais. Foi necessário priorizar o atendimento aos sintomáticos e a população geral ficou isolada aguardando melhora da situação para poder retomar suas vidas. Grupos considerados como os de risco, como os citados por Estrela *et al.* (2020), tornaram-se a maior preocupação para os profissionais da saúde, pois trabalhar a prevenção do agravamento da atual situação de saúde dos usuários é o maior desafio neste contexto de pandemia. Para isso a compreensão de como as pessoas estão se cuidando, como estão agindo diante das medidas médico-sanitárias orientadas precisa ser trabalhada para que as ações de

autocuidado aconteçam neste momento de forma efetiva, e que o agravamento de seus problemas de saúde não aconteça.

Para Lopes (2020), o autocuidado é definido como um processo o qual o indivíduo precisa realizar para alcançar uma melhor saúde e bem-estar, e as capacidades de autocuidado são habilidades que se desenvolvem ao longo da vida e são necessárias para se tomar qualquer ação principalmente quando há problemas de saúde. Nesta mesma linha, Coutinho e Tomasi (2020, p. 2) enfatizam o autocuidado apoiado como “movimento de responsabilização das pessoas pela sua condição de saúde”, não significando apenas dizer às pessoas o que devem fazer e sim uma cooperação entre equipe de saúde e usuários na definição de problemas e estabelecimento de metas e plano de cuidado, sendo definido como “conjunto de ações que o indivíduo desenvolve consciente e deliberadamente em seu benefício no sentido de manter a vida e o seu bem estar” (COUTINHO; TOMASI, 2020, p. 3). Para conhecer o que a literatura vinha discutindo realizou-se uma revisão de literatura com o objetivo de identificar os estudos que abordam o autocuidado na Atenção Primária da Saúde e as medidas de prevenção e controle do coronavírus.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura que ocorreu de acordo com as etapas preconizadas por Botelho, Cunha e Macedo (2011).

A Revisão de Literatura possui etapas para a proposta de desenvolvimento e apresentação do método de investigação, que diferem, dependendo dos autores. Para esta construção, foram seguidas as etapas sugeridas pelas autoras Botelho, Cunha e Macedo (2011).

A primeira etapa consistiu-se na definição do tema relacionado aos estudos que abordam o autocuidado na atenção primária de saúde e na formulação da questão norteadora: Quais são os estudos que abordam o autocuidado na atenção primária de saúde nas medidas de prevenção e controle do coronavírus? E teve como objetivo: Identificar os estudos que abordam o autocuidado na Atenção Primária da Saúde e as medidas de prevenção e controle do coronavírus.

As questões suplementares foram:

1. Quais as definições de autocuidado utilizadas nos artigos?
2. Quais os estudos que abordam o autocuidado?
3. Que estudos qualitativos e quantitativos?
4. Qual referencial teórico está sendo utilizado nestes estudos?
5. Qual referencial metodológico está sendo utilizado nestes estudos?

Na segunda etapa foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão e uso das bases de dados. Foi definida como limites das buscas, a inclusão de artigos científicos com dados primários publicados no período de 2011 a 2021.

Estabelecimento de critérios de inclusão

Na definição dos descritores, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), definidos como: autocuidado, atenção básica em saúde, informação em saúde e empoderamento em saúde. Para a definição das bases de dados, foram consultadas eletronicamente as bases de dados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PUBMED).

Resultados da Revisão de Literatura

Assim, a busca na Biblioteca Virtual em Saúde foi:

Com 04 descritores: (COVID-19) AND (Atenção Primária à Saúde) AND (Educação em Saúde) AND (Comunicação em Saúde). Total 18, sendo 18 na Medline e 0 outros.

Com 03 descritores: (COVID-19) AND (Comunicação em Saúde) AND (Atenção Primária à Saúde). Total 73, sendo 07 LILACS, 61 Medline e 05 outros.

Com 02 descritores (Atenção Primária à Saúde e COVID-19). Total: 843, sendo 106 LILACS, 694 Medline e 43 outros.

Com dois descritores (COVID-19 e Educação em saúde). Total: 4300, sendo 155 na LILACS, 3995 na Medline e 150 outros.

Com dois descritores (COVID-19 e Comunicação em Saúde) = 3000, sendo 88 na LILACS, 2.903 na Medline e 09 outros).

Na terceira etapa contemplou a identificação e organização dos estudos pré-selecionados e selecionados com a leitura do título das publicações, resumo e palavras-chave.

Na quarta etapa, foi realizada a categorização dos estudos selecionados pela aproximação temática das informações apresentadas e na análise crítica dos estudos foi utilizado um quadro desenvolvido pelas autoras.

Na quinta etapa, ocorreu a análise e interpretação dos resultados, com a categorização temática após avaliação minuciosa e criteriosa dos artigos selecionados.

Resumos dos artigos selecionados e sua relevância para o estudo

Na sexta etapa, segundo propõem as autoras Botelho, Cunha e Macedo (2011), será elaborado um quadro síntese com componentes da análise e síntese final da revisão de literatura para o detalhamento da revisão e propostas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Neves *et al.* (2020), o estado do Amazonas no Brasil se tornou o epicentro do COVID-19, forçando uma readaptação de práticas em vários setores, inclusive com a enfermagem. Uma dessas adaptações foi a utilização de tecnologias como WhatsApp para ligações e mensagens por telefone com o objetivo de realizar o monitoramento dos usuários com doenças crônicas como hipertensos, diabéticos e idosos, em prol de favorecer seu cuidado e reduzir a agudização de problemas crônicos. As autoras destacam que esta modalidade de comunicação, diante da pandemia, serviu para que se pudesse realizar as orientações sobre o tratamento, realização de práticas de prevenção para não contaminação pelo Coronavírus, além de manter os usuários atualizados sobre as rotinas e fluxos das unidades no contexto da pandemia.

Para Neves *et al.* (2020), além de favorecer a comunicação, as ações garantiram ao usuário a “sensação de empoderamento de automanejo do cuidado, contribuindo para o gerenciamento de sua condição de saúde e adesão ao tratamento” (NEVES

et al., 2020, p. 4). Finalizam reforçando que a tecnologia móvel se mostrou eficaz na prática durante a pandemia e proporcionou a continuidade da assistência de enfermagem levando o cuidado aqueles mais vulneráveis durante a pandemia.

Hermida *et al.* (2020) refere que o combate à infecção causada pelo Coronavírus no Brasil tem como destaque o papel representado pela Atenção Primária, principalmente pela Estratégia em Saúde da Família; isto se deve por ser porta de entrada e pela identificação precoce de casos suspeitos, manejo e encaminhamentos de casos graves. No estudo, os autores utilizam a criação de um checklist de cuidados às pessoas com suspeita pelo novo Coronavírus, sendo considerado um instrumento que exige do profissional práticas adequadas, seguras e de qualidade unindo a teoria, técnicas e processos no melhor manejo do cuidado; além disto, otimizam o cuidado, organizam a rotina e tarefas das equipes garantindo que não sejam esquecidas, contribuindo, da mesma forma, para uma melhor comunicação entre equipes.

Dando seguimento ao estudo de Hermida *et al.* (2020), a aplicação do checklist foi realizada por enfermeiros, que foram destacados pelos autores no papel de orientações à comunidade sobre o cuidado do ser humano, do ambiente, da família e coletividade, com empatia e acolhimento. Sobre os resultados alcançados, destacam a maior segurança do cuidado, o diálogo entre os profissionais durante o atendimento, assim como a comunicação com a família e outros pontos da Rede.

Segundo Cirino *et al.* (2020, p. 2), no enfrentamento à COVID 19, a APS se destaca como “protagonista na mitigação dessa pandemia, fortalecendo seus atributos de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, especialmente a competência cultural e orientação familiar e comunitária”.

Além disso, a pandemia colocou a APS e seus atributos em destaque, exigindo a reorganização dos processos de trabalho para garantia do cuidado e vigilância dos casos de COVID-19. Dentre essas ações da APS, colocam como linha de cuidado principal os hipertensos, diabéticos, obesos, mães e crianças e a saúde mental, além de demandas espontâneas por queixas agudas ou crônicas agudizadas, casos suspeitos de COVID-19 e ações de prevenção nas unidades e território (CIRINO *et al.*, 2020).

Cirino *et al.* (2020) reforçam o papel daqueles que estão no território como o Agente Comunitário de Saúde e lideranças comunitárias nas ações de prevenção no território como estratégia importante de mitigação. APS destaca-se com suas

ações de enfrentamento ao COVID-19, e medidas de fortalecimento reforçando a longitudinalidade e coordenação do cuidado, além do fortalecimento da rede necessária para reduzir a sobrecarga dos hospitais e Pronto Atendimentos, e que sem este planejamento, de cada qual sabendo o seu papel, a sistemática de suas funções, o colapso do sistema de saúde pode ocorrer rapidamente diante da capacidade e infecção do vírus da COVID-19. Concluem reforçando o protagonismo da APS e alocação de recursos financeiros com objetivo de otimizar gastos e organizar os fluxos, reduzindo gastos desnecessários com internações hospitalares, não só pelo COVID-19, mas por causas sensíveis à APS.

Para Duarte *et al.* (2020), a realidade da transmissão do vírus Sars-CoV-2 no Brasil tem a ESF como porta de entrada principal do SUS, representando papel fundamental na resposta global a doença, pelo oferecimento de atendimento resolutivo, além de coordenar o cuidado e a longitudinalidade do mesmo em todos os níveis de atenção. Destacam o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na pandemia por fazer parte das equipes de ESF, no papel de promoção, prevenção e controle de agravos, em virtude de sua aproximação com a comunidade. Destacam que os ACS precisam utilizar-se de saberes e prática com vistas a ampliar o olhar sobre os usuários e com isso ajudar na melhoria da qualidade do serviço, bem como estimular o autocuidado e corresponsabilização dos sujeitos.

Conforme Duarte *et al.* (2020), o ACS é o mediador entre equipe e população, utilizando-se de ferramentas próprias como a escuta, diálogo, compaixão, solidariedade, influenciando na produção de cuidado. Finalizam ressaltando o papel do ACS como integrante do SUS, pelo elo estabelecido entre equipe e comunidade neste cenário de isolamento social, exaltando seu trabalho de promoção, prevenção e controle dos agravos à saúde, bem como no compartilhamento de informações à população, o qual proporciona a sensação de amparo pelos serviços de saúde consolidando o vínculo e a longitudinalidade do cuidado.

No estudo de Marins *et al.* (2020), os sintomas da COVID-19, de início com quadro viral caracterizado por uma síndrome gripal, poderiam evoluir de sintomas leves sem febre a elevação progressiva da temperatura, e como isso o risco de morte aumenta com a idade sendo mais frequente em pessoas com mais de 60 anos, especialmente aqueles com doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, pulmonares, renais, neurológicas, câncer, imunossuprimidos.

Ainda neste estudo, os autores consideram que neste cenário de surtos e

epidemias, a APS e ESF são fundamentais na resposta a doença pelo potencial de identificação precoce de casos graves, além de priorizar o atendimento ao idoso, principalmente pelo profissional enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa idosa, logo quando chegam à unidade, na triagem, acolhimento aos suspeitos de infecção por COVID-19, nas orientações para condutas de isolamento, nos encaminhamentos a atenção especializada, no cuidado a demanda programada, na vigilância de casos suspeitos, entre outras ações próprias da APS; além de caracterizar o idoso acamado uma situação problemática para os familiares e equipes de saúde, pois o ambiente físico do idoso precisa ser seguro, além de ser benéfico (MARINS *et al.*, 2020).

Alnasser *et al.* (2021, p. 3) consideram que a equipe de enfermagem precisa acompanhar idosos fragilizados e suas famílias objetivando a orientação da educação comportamental, o respeito ao isolamento no domicílio e na presença de sintomas respiratórios encaminhar ao serviço de urgência. Quanto ao idoso autônomo, o desafio é fazê-lo entender seu “protagonismo no gerenciamento do seu autocuidado frente à disseminação da COVID-19 e atentar para as manifestações iniciais da doença” (MARINS *et al.*, 2020, p. 3).

Para tanto, Alnasser *et al.* (2021) consideram que as orientações a pessoa idosa em isolamento são de extrema importância ao entendimento das especificidades do envelhecimento, e que o profissional de enfermagem deve traçar estratégias de orientações junto a eles e sua rede de apoio social. Além disto, a pandemia proporcionou uma reflexão sobre o alto risco para os idosos acamados, precisando de empenho coletivo e conscientização populacional, dos cuidadores, sendo que o profissional da saúde, seus esforços são essenciais para promoção da saúde e auxílio no seu processo de saúde e doença, não extinguindo o dever do estado de acolher as suas implicações sociais como a vulnerabilidade, evitando os danos.

No estudo de Pesantes *et al.* (2020), considera-se que a pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 infectada pelo COVID-19 está mais propensa a hospitalizações e sua internação em UTIs agravam os sintomas aumentando o risco de morte. Por isso requerem cuidados contínuos e garantidos para o seu bem-estar e família, citando exemplos de cuidado como acesso aos medicamentos, exames laboratoriais, consultas médicas, exercício físico, alimentação adequada. Neste sentido, descrevem os desafios de garantia do cuidado na cidade de Lima até maio de 2020, no seu final, o Peru tornou-se o segundo na lista de casos e o terceiro em mortes. Destacam que o sistema de saúde Peruano, para atender o rápido aumento de casos, foi excedido em pequeno espaço de tempo afetando a oferta de serviços disponíveis incluindo os portadores de diabetes.

Neste mesmo estudo, os autores relatam que ele mostra o aprendizado com as limitações dos sistemas de saúde no cuidado com o portador da doença antes do início da pandemia, destacando estratégias e recomendações de continuidade do cuidado ao diabético no primeiro nível de atenção. Citam a experiência de outros países com o uso da Telemedicina como ferramenta eficaz na promoção do autocuidado entre idosos com doenças crônicas, influenciados pelo nível de alfabetização para compreensão, avaliação e aplicação das informações de saúde. Reportam que a COVID-19 trouxe grandes desafios ao sistema fragmentado do Peru, na organização dos serviços reforçando a necessidade de fortalecimento dos sistemas de saúde para o melhor cuidado das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente o diabetes (PESANTES *et al.*, 2020).

Para Ritchie *et al.* (2021), dois milhões de adultos nos Estados Unidos estão em casa e os outros 5,5 milhões têm alguma dificuldade que precise assistência domiciliar, sendo estes, muitas vezes, aqueles que custam mais caro para os sistemas de saúde, devido à alta complexidade de necessidades médicas, funcionais e sociais não atendidas. Ressaltam que a atenção domiciliar proporciona cuidados longitudinais, havendo, neste sentido, melhora na pessoa e diminuição de custos.

Os autores abordam o uso da telemedicina para diminuir as visitas presenciais, como forma de controle das infecções, compartilhamento de recursos do sistema de saúde, descoberta de recursos comunitários para ajudar nas necessidades nutricionais e sociais; além de permitir a redução do tempo de viagem entre as visitas. Relatam que houve melhora e apoio das instituições de saúde, sistemas de saúde, promovendo um acesso maior aos suprimentos, da força de trabalho e divulgação aos grupos de risco. Houve relato de alguns profissionais sobre o reconhecimento de lideranças sobre a importância do papel HBPC (*Home-based primary care*) no desempenho de cuidado a idosos vulneráveis, mantendo-os fora do Hospital. Destacam a adaptação das práticas de abordagem ao cuidado, esforços para estimular a resiliência, aumento das reuniões de equipe, e de apoio à equipe (RITCHIE *et al.*, 2021).

Segundo Ascroft *et al.* (2021), a pandemia acarretou grandes consequências à saúde mental e no uso de Substâncias Psicoativas (SPA) no mundo, piorando devido ao estresse, bem como pelo aumento da depressão e ansiedade. Consideram que a Atenção Básica tem papel fundamental na coordenação e integração dos serviços de saúde mental, sendo que o médico de família trabalhando conjuntamente com outros profissionais demonstrou um aumento da capacidade de atendimento ao paciente e maior acesso aos serviços. Alguns resultados descrevem que todos os

grupos focais relataram aumento nas crises de saúde mental dos seus pacientes. Citam um aumento do suicídio na pandemia, aumento das internações por doses excessivas de medicamentos, mortes por overdose, presença de exaustão, medo entre os pacientes, aumento dos níveis de estresse; aumento da ansiedade nas crianças, transtorno obsessivo-compulsivo; jovens sofrendo com depressão e overdose.

Ascroft *et al.* (2021) destacam que houve um grande aumento de encaminhamentos aos especialistas e da lista de espera pelos serviços de saúde mental. Foi observado que o trabalho virtual melhorou a continuidade do cuidado, assim ressaltam que a APS proporciona uma rica compreensão dos cuidados em saúde mental dos pacientes e comunidade, destacando a importância de fortalecer a capacidade das equipes de lidar com as crescentes demandas que irão surgir mesmo depois da pandemia. Reforçam a importância de se investir na saúde mental da Atenção Primária para atender à crescente demanda, assim como trabalhar as resiliências pessoais pela capacidade de manter o autocuidado e a manutenção dos limites entre vida pessoal e profissional. Finalizam enfatizando a perseverança das equipes de APS mesmo diante das dificuldades, ressaltando a necessidade de políticas que percebam a carga excessiva de trabalho sobre os profissionais e a necessidade de melhorar a capacidade da APS no cuidado de saúde mental.

Segundo Clary *et al.* (2021), a pandemia trouxe desafios físicos, emocionais, sociais e econômicos tanto para os adultos como para crianças, o que levou a uma reorganização imediata dos sistemas para atender as necessidades agudas dos doentes, bem como dos crônicos, adaptações políticas para continuar sendo fornecido cuidados de saúde comportamental para crianças com diabetes. Segundo os autores, a pandemia e as solicitações de isolamento colocaram um desafio único para rotinas e gerenciamento de doenças. Exemplifica que jovens com diabetes precisaram desenvolver métodos alternativos para alimentação saudável e atividade física.

Neste mesmo estudo, os autores ressaltam que pelo isolamento, comportamentos sedentários podem ter aumentado, além disso, os jovens diabéticos têm risco elevado de desenvolver ansiedade e depressão, insônia, o que impacta de forma negativa o autocuidado do diabetes e controle glicêmico. Logo, consideram que manter a continuidade de cuidados de saúde comportamental é essencial para que estas crianças tenham a oportunidade de receber a educação e aconselhamento sobre condições, prática e autogestão do impacto da COVID-19 nas suas vidas. O Telessaúde foi oferecido a todos os pacientes de risco durante a pandemia, sendo

oferecido até aqueles com mais de 18 anos. Reforçam os benefícios do Telessaúde para juventude, incluindo redução de custos, tempo e maior coordenação do cuidado. Ressaltam que a conexão com a equipe de cuidados durante e fora destes tempos é essencial para as crianças e famílias com doença crônica e o Telessaúde é o único meio de fazê-lo. Em contrapartida, crianças do meio rural que têm menor nível socioeconômico, são menos propensas ao acesso à internet, precisando o tema ser abordado e barreiras rompidas. Enfatizam que o Telessaúde e sua rápida inserção devido ao COVID-19, oportunizou várias oportunidades e desafios frente à prática clínica e comportamental de cuidados com a saúde (CLARY *et al.*, 2021).

De acordo com Lima Filho *et al.* (2021), ter um diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 aumentou significativamente o risco de mortalidade nas hospitalizações, devido à suscetibilidade a infecções, principalmente no trato respiratório, como pelo excesso de gordura corporal. Referem que ter o SARS-CoV2 pode gerar complicações renais, cardiovasculares e pulmonares, sendo necessário o gerenciamento deste grupo de risco. Colocam a Telemedicina como uma ferramenta de auxílio a distância, que permite a triagem e auxilia no diagnóstico, podendo promover intervenções, a proteção e educação em saúde.

Além disso, destacam que o Call center foi introduzido no mundo, na área de saúde como uma forma positiva de manter o contato com os pacientes que estão isolados, sem contato físico, sendo considerado esta intervenção como promotora de saúde e aprimorada de conhecimento. Consideram que o baixo nível de escolaridade dos participantes pode ter sido prejudicial ao acesso à informação dificultando o autocuidado e adesão ao tratamento necessário, porém se ressalta que a efetividade do Telessaúde na melhoria do controle glicêmico, pressão arterial e conhecimento sobre o Diabetes, além da capacidade de melhorar a qualidade de vida (LIMA FILHO *et al.*, 2021).

Enfatizam que a grande quantidade de informações geradas pelas redes sociais, muitas vezes imprecisas, facilitam a disseminação de concepções erradas, e que trabalhar a memória do paciente é fundamental na adesão das recomendações, pela forma como adquirem, duração da exposição e pelas interrupções. Assim, trabalhar diariamente o conteúdo atinge a memória de longo prazo. Relacionam ao conhecimento, a motivação, habilidades de acessar, entender, avaliar, aplicar informações, tomar decisões em relação ao cuidado, prevenção e promoção. Consideram o baixo nível socioeconômico como fator de risco para alfabetização em saúde, associado também a disseminação de notícias falsas, dificultando a

compreensão dos idosos (LIMA FILHO *et al.*, 2021).

Lima Filho *et al.* (2021) referem que o estudo mostra pouco conhecimento dos participantes em relação ao COVID, que a fonte de conhecimento é deficiente ou que sua capacidade de reter informações é inadequada, sugerindo incentivar o tele serviço e novas abordagens de disseminação de informação.

Pal *et al.* (2020) considera que o diabetes emergiu como uma comorbidade distinta que está associada a situações graves como síndrome respiratório agudo, e aumento da mortalidade. Reforçam que como não há treinamento específico, se faz necessário que pessoas com Diabetes tomem precauções extremas, respeitando o isolamento e medidas de higiene. Este estudo utiliza a metodologia do KAP (*Knowledge-Attitude-Practice*) do COVID-19, o qual “fala sobre mudança de comportamento humano dividido em ter processos: aquisição de conhecimento certo, geração de atitudes e adoção de comportamento ou prática” (PAL *et al.*, 2020, p. 2), e que o nível KAP está associado à prevenção e gerenciamento correto da doença e promoção da própria saúde, considerando o KAP decisivo na guerra contra o COVID-19.

O estudo revela, segundo Pal *et al.* (2020), que a maioria dos participantes refletem seu conhecimento nas atitudes, tendo confiança e capacidade de se proteger da COVID-19, assim como cumprir com as medidas de cuidados como a lavagem das mãos e o isolamento. Reforçam a necessidade de manter as precauções para evitar o vírus, e para isso enfatiza que as medidas de autoproteção serão ditadas pelo conhecimento e atitude diante do COVID-19, reforçada pela teoria KAP. Destacam que os adultos jovens são propensos a desenvolver comportamentos de risco que podem impactar negativamente na sua saúde, refletido nas altas taxas de internações; logo consideram esses jovens com T1DM extremamente vulneráveis nesta pandemia. A pesquisa mostra que 13% dos entrevistados não têm ciência de que possuem risco aumentado de doenças graves e mortalidade por COVID-19, sendo necessários programas de educação em saúde e apoio social; revela que aqueles que vivem em áreas urbanas têm melhor acesso às informações comparadas aos que vivem na área rural, sendo necessário pensar programas de conscientização para estes grupos.

Segundo Gvozdanovic *et al.* (2021), o número de pessoas vivendo com Diabetes Mellitus triplicou no último século, necessitando de mudanças no seu manejo como controle glicêmico, metabólico na perspectiva de apoiar pacientes e famílias na adaptação e prevenção de complicações graves. Ressaltam a necessidade de fornecer conhecimento e habilidades para o autocuidado, para gerenciar crises

e realizar mudanças no estilo de vida, considerando uma educação sistemática em saúde em todas as fases da doença como essencial, assim como investir na educação para o Diabetes reduzirá custos em longo prazo, melhorando a qualidade vida dos pacientes. Os autores consideram que paciente educado tem maior controle sobre o Diabetes e seus parâmetros e a COVID-19 afetou esse cuidado, sendo a educação um elemento importante na busca por melhor qualidade de vida, assim considerando que a mudança de hábitos é a única medida terapêutica que independe do tipo de diabetes.

Ainda assim, colocam que a educação repetida periodicamente proporcionou melhores controles de glicemia e de hemoglobina glicada, e que o controle da sua doença trouxe a crença de poder controlar uma parte importante de suas vidas. Enfatizam que o autocuidado é essencial para melhor controle do HbA1c e qualidade de vida. Este estudo serve como base de preparação da educação futura dos diabéticos, e que o domínio da qualidade mental de vida foi preservado na pandemia e, para isso, planos educacionais que melhorem ou incluam estratégias no sentido de favorecer a qualidade de vida do paciente podem melhorar os parâmetros da doença quando associados a uma melhor qualidade de vida (GVOZDANOVIC *et al.*, 2021).

De acordo com Caetano *et al.* (2020), o vírus tornou-se um desafio no controle de sua disseminação e na diminuição dos impactos negativos na saúde da população e nos trabalhadores de saúde. Consideram que as medidas de isolamento, quarentena e restrição de contato social, são fundamentais para a desaceleração da pandemia e proteção daqueles que possuem maior risco de gravidade contra a infecção. Neste sentido, o Telessaúde recebe o reconhecimento global no desempenho de papel crítico, garantindo o acesso às ações e cuidados de saúde na modalidade à distância entre usuários e prestadores de serviços, além disso, proporciona a comunicação efetiva, com qualidade, confiável, crítica durante a pandemia.

De acordo com os autores, o Telessaúde permite unir conhecimento científico com conhecimento empírico levando a uma visão crítica e participativa e melhorando o acesso a materiais educativos. Destacam a presença de materiais informativos, educativos sobre o COVID-19, com sinais e sintomas, interpretação dos testes para diagnóstico, medidas de prevenção, uso de EPIs, cuidados com a saúde mental e na gestação, temas como violência doméstica contra idoso, mulher, negros, crianças e adolescentes, entre temas direcionados aos profissionais de saúde como educação permanente (CAETANO *et al.*, 2020).

No estudo de Caetano *et al.* (2020), ressalta-se a necessidade de problematizar a qualidade de informação em saúde que são veiculadas pelas redes sociais devida a Fake News, que são veiculadas sem evidência científica. Assim, para evitar esse tipo de notícia, criou-se conteúdos e respostas sobre COVID-19 para esclarecimento de dúvidas, iniciativa essa do Ministério da Saúde, o qual criou um número de WhatsApp para comunicação com a população. Os autores consideram todos os conteúdos relacionados ao COVID-19 como de utilidade pública, bem como todos os ambientes virtuais favoráveis à disseminação de informações e que, embora sejam instrumento de ferramenta educacional, e de favorecimento do acesso a informações a população, se forem usadas de forma inadequada podem ser fonte de informação enganosa. Ressaltando que a informação produzida de forma segura, rápida e transparente, busca instrumentalizar os profissionais de saúde e fortalecer a autonomia e autocuidado da população, sendo importante a iniciativa dos Núcleos de Telessaúde no Brasil no enfrentamento da pandemia.

Segundo Dawi *et al.* (2021), na disseminação rápida do vírus e na ausência de tratamento e vacinas, as medidas não farmacêuticas foram a única opção para controle de surtos do vírus SARS-CoV-2 na população, citando as medidas de restrições de viagem, fechamentos de escolas, proibições de eventos com público e, além disso, o aconselhamento de comportamento protetor como o uso de máscaras, distanciamento, lavagem das mãos, isolamento, para assim destacar que os comportamentos individuais são mais importantes do que as ações do governo, e esta adoção de comportamento protetor só será adotado diante da percepção do alto risco de contaminação e gravidade da doença.

Os autores citam a Teoria dos Fundamentos Ação (TRA), que fala que um dos fatores que contribuem para a intenção do comportamento é a atitude, sendo esse o fator que leva a adotar um comportamento específico. Para isso, colocam que é necessário compreender as atitudes individuais relacionadas à adoção do comportamento protetor e permitir a análise de eficácia das medidas de proteção. Reforçam o papel das mídias sociais para alertar os usuários sobre medidas de proteção, de tal forma que o compartilhamento em tempo real ajuda a detectar e combater as doenças infecciosas. Consideram o governo eletrônico e mídias sociais importantes instrumentos de educação para o comportamento protetor (DAWI *et al.*, 2021).

Dawi *et al.* (2021) afirmam os papéis significativos do governo e das mídias sociais como influenciadores do engajamento do comportamento protetor e que

manter as medidas de proteção são essenciais para garantir a saúde pública e apoiá-la diminuirá os riscos de transmissão.

De acordo com Torres *et al.* (2020), no estudo que analisou os discursos das juventudes como produtores da web cuidado clínico e educativo sobre saúde mental no contexto da COVID-19 referem que a adoção de medidas de isolamento, de não convivência social, podem gerar nas pessoas problemas relacionados à saúde mental, como apreensão, insegurança, ansiedade e agudizar as pré-existentes. Consideram que isto gerou uma preocupação e necessidade de aumentar a oferta de assistência em saúde mental, e que devem estar centradas no público juvenil devido ao afastamento de sua rede sociofamiliar. Referem que esses jovens utilizaram-se de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação em busca das conexões em saúde como práticas humanizadas para o web cuidado, sendo uma prática de comunicação digital “gerada e mediada no ciberespaço da web rádio com informação científica e educativa, constituída no contexto da assistência de enfermagem, assim resultando em práticas de cuidado com as juventudes geridas pelas experiências de vida, suas inter-relações de subjetivações, bem como pelos seus estilos e estéticas na vida cotidiana”(TORRES *et al.*, 2020, p. 2).

Torres *et al.* (2020), no seu estudo, descrevem as perguntas realizadas por cada grupo de jovens, iniciando por perguntas aos universitários, os que apresentam dúvidas como: medidas para amenizar a ansiedade na pandemia, se a depressão pode aumentar e como evitar, se pode haver recidiva da depressão devido a pandemia, se as informações chegam distorcidas, a depressão pode aumentar. Analisam que as informações sobre o COVID-19 podem gerar Ansiedade e Depressão, assim questionam como melhorar a Ansiedade se o isolamento pode motivar a Depressão.

Torres *et al.* (2020) reforçam que os saberes dos universitários refletem o seu acesso às informações que estão disponíveis nas redes sociais, revelando formas de compreensão das demandas de cuidado. Por conseguinte, as perguntas dos jovens escolares também se relacionam às dúvidas em torno da saúde mental na pandemia, como se ter crise de Ansiedade e Depressão devido ao medo de contrair COVID-19 pode provocar um AVC, por exemplo, além de perguntas como manter a saúde mental na pandemia, se é normal ficar entediado e o que fazer para ocupar o tempo. Os autores reforçam que as perguntas dos jovens são mais indagativas sobre o medo de contrair a doença. Na segunda categoria, os autores relatam que os jovens foram indagados a responder uma pergunta âncora: “Cite uma prática de autocuidado que pode ser realizada no período de Isolamento Social”. Citaram: “fazer o que gostam,

experimentar coisas novas, ler um livro, fazer exercícios físicos, entre outros” (TORRES *et al.*, 2020, p. 3).

Ainda no estudo de Torres *et al.* (2020), os universitários citaram as medidas de proteção ao COVID-19 como a lavagem das mãos, evitar aglomerações, higienizar as mãos, evitar notícias falsas, considerado como autocuidado mental por um jovem. Tanto os escolares quanto os universitários demonstram preocupação com o excesso de informações na mídia, podendo agravar os quadros de ansiedade, ou medo psíquico, fazendo que se mobilizem a procurar fontes de informação fidedignas. O estudo aponta a existência de problema de saúde mental devido às restrições sociais e interpessoais na pandemia, e que o Programa em Sintonia com a Saúde permitiu aos participantes demonstrarem os sintomas pela síntese das categorias temáticas, como também contribuiu para a comunicação e a informação sobre as medidas de prevenção, ressaltando o modo de viver a saúde mental pela comunicação, assim como é feito na web rádio. Destacam que os discursos possibilitaram identificar elevações de ansiedade e sintomas depressivos em colegas, amigos e familiares, além de preocupações com as fontes de informação na medida de controle da pandemia. Reforçam que a pesquisa potencializou a comunicação sobre Ansiedade como forma de adaptação humana e que as restrições sociais e incertezas da veracidade das informações podem gerar sintomas psicossomáticos.

Torres *et al.* (2020) concluem reforçando a importância das tecnologias digitais para a promoção da saúde mental e auxiliar na identificação de estratégia de aproximação, escuta e interações das pessoas no contexto de isolamento, possibilitando o compartilhamento de saberes.

Segundo Gutu *et al.* (2021), o estudo que avaliou o comportamento preventivo e os fatores associados ao COVID-19 entre os residentes da Zona de Qellam Wallaga, Região de Oromia, Etiópia, 2020, refere que as práticas de higiene pessoal com lavagem rigorosa das mãos, etiqueta de tosse, uso de máscaras, distanciamento social contribuem para reduzir a disseminação do vírus e, para que isso seja eficaz depende do conhecimento e de atitudes e características sociodemográficas; porém, as inverdades e percepções inadequadas sobre a disseminação podem afetar o conhecimento e atitudes das pessoas. Com relação aos comportamentos preventivos, relata que dos entrevistados que possuem conhecimento suficiente, morar na área urbana e ter acesso às mídias foram aquelas que mais estão voltadas à adesão de bons comportamentos comparando com aquele que não tem conhecimento suficiente.

Ainda neste estudo, os autores destacam que o nível de comportamento preventivo foi baixo tendo relação direta com as comunidades mais afetadas pela doença, preocupando que dentre dez, oito tem baixa adesão a comportamentos preventivos. Consideram que o pouco acesso à água limpa e aos materiais de higiene pode justificar a baixa adesão. Destacam que pessoas que possuem maior conhecimento são mais propensas a desenvolver comportamentos preventivos, além da importância das mídias para informação de cuidados preventivos, mostrando como os outros aprendem (GUTU *et al.*, 2021).

Gutu *et al.* (2021), no seu estudo, afirmam a baixa adesão dos participantes em relação a aquisição de comportamentos preventivos e que residir na área urbana, ter acesso às mídias se tornaram pontos positivos de boa adesão de comportamentos preventivos, necessitando melhorar a cobertura do acesso às mídias nas áreas rurais para mudar o conhecimento com relação ao COVID-19.

No estudo de Alnasser *et al.* (2021), que teve como objetivo examinar o impacto dos tipos de fontes usadas para obter informações COVID-19 sobre as atitudes e práticas do público em geral na Arábia Saudita, durante a pandemia, e identificar os fatores socioeconômicos e demográficos associados ao uso de diferentes fontes de informação relata que o primeiro caso de COVID-19 na Arábia Saudita foi em 02 de março de 2020, e que o país adotou várias intervenções para evitar a propagação e transmissão do vírus, com a persistência de equívocos na prevenção e tratamento na população. Conforme autores, foi planejado um questionário para “avaliar o Knowledge-Attitude-Practice) (KAP) das diretrizes sauditas para conscientização e prevenção da pandemia, buscando identificar oportunidades de melhorias na conscientização do COVID-19 e avaliar práticas” (ALNASSER *et al.*, 2021, p. 3).

Este questionário inclui questões sociodemográficas; avaliação de conhecimento sobre as medidas de autoproteção; contém itens sobre atitudes como redução do número de peregrinos na temporada de Hajj, necessidade do uso máscaras, evitar aperto de mão, lavagem das mãos com água e sabão. Alnasser *et al.* (2021) destacam que o estudo mostra que os participantes são bem dotados de conhecimento relacionados ao COVID-19, mostrando atitudes positivas e boas práticas; também demonstra que o governo Saudita e as mídias são fontes úteis de informação, sendo as mídias a principal fonte de busca; além disso, a maioria tem boa consciência e atingiu um nível alto de conhecimento atribuído pelos autores como as promoções intensivas de conscientização lançadas pelo Ministério da Saúde Saudita e pelo diploma de bacharel aos 66, 25 dos participantes. O estudo demonstra o bom

conhecimento da pandemia, considerando que programas eficazes de educação em saúde podem melhorar o conhecimento sobre o COVID-19 e reduzir atitudes e práticas negativas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura nos remete destacar que as experiências locais diante da pandemia do Coronavírus, são ressaltadas nas medidas de enfrentamento, conforme a cultura local. O uso de tecnologias como aplicativos de WhatsApp, Tele saúde, divulgação por mídias locais, na tentativa de se estabelecer uma comunicação com as pessoas, evitando sua ida aos postos de saúde, hospitais, possibilitou as orientações de prevenção, de gerenciamento dos sintomáticos, de estímulo ao autocuidado em casa, sendo de extrema importância no combate à COVID 19. A APS se destaca neste cenário mitigando a pandemia, no processo de identificação precoce dos casos graves, destacando seus atributos consolidados principalmente no vínculo e na longitudinalidade do cuidado.

A enfermagem e os ACS são destacados neste processo no protagonismo orientador do cuidado, como estimuladores do autocuidado, no aconselhamento de práticas de autogestão dos impactos da pandemia na vida das pessoas, principalmente diante da saúde mental tão afetada pelo excesso de informações, muitas vezes inverídicas, que geraram medo e pânico. Alguns autores reforçam que o nível de acesso à informação, ter acesso à internet e mídias sociais foram fatores importantes de melhor desempenho nas medidas de prevenção e isolamento, e que algumas populações foram prejudicadas no seu autocuidado em virtude do baixo nível de acesso a elas, nos trazendo a necessidade de trabalhar a equidade no que condiz ao acesso à informação.

Podemos destacar que as medidas de educação continuada das populações, o uso correto das mídias sociais para transmitir informações verídicas, a comunicação com os usuários pelos aplicativos foi importante na tentativa de adoção de comportamentos preventivos tanto individual como familiar, melhorando a conscientização quanto às medidas médico sanitárias de combate ao Coronavírus.

REFERÊNCIAS

- ALNASSER, A. H. A. *et al.* Public Knowledge, Attitudes, and Practice towards COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia: A Web-Based Cross-Sectional Survey **Med Sci (Basel)**, v. 9, n. 1, p. 11, mar. 2021. DOI: [www.doi.org/10.3390/medsci9010011](https://doi.org/10.3390/medsci9010011). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33669208/>. Acesso em: 18 jul. 2022.
- ASHCROFT, R. *et al.* Primary care teams' experiences of delivering mental health care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. Ashcroft *et al.* **BMC Fam Pract**, v. 22, n. 143, 2021. Disponível em: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01496-8>. Acesso em: 18 jul. 2022.
- BERG, S. H. *et al.* Health authorities' health risk communication with the public during pandemics: a rapid scoping review. Berg *et al.* **BMC Public Health**, v. 21, p. 1401, Abr. 2021. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11468-3>. Acesso em: 18 jul. 2022.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa os estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, [S. l.], v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>. Acesso em: 18 jul. 2022.
- BRASIL. Governo do Distrito Federal. **Orientações de cuidado e autocuidado com a saúde física e mental em tempos de pandemia da COVID-19**. Secretaria de Estado de Educação. Brasília – maio/2020.
- BUB, M. B. C. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15 n. (Esp), p. 152-7, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/LP6Z97VFMXBTRKkHqwyJQBj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2022.
- CAETANO, R. *et al.* Educação e informação em saúde: iniciativas dos núcleos de telessaúde para o enfrentamento da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 10, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3888/2522>. Acesso em: 18 jul. 2022.
- CASTAÑEDA, R.F.G.; HERNÁNDEZ-CERVANTES, Q. El cuidado de sí y la espiritualidad en tiempos de contingência por COVID-19. **Cogitare enferm**, v. 25, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102784/73518-292566-2-pb.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.
- CHOMATAS, V. R. E.; PENTEADO, L. P. A. **Autocuidado apoiado**: caderno de exercícios. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.
- CIRINO, F. M. S. B. *et al.* Desafios Da Atenção Primária No Contexto Da COVID-19: A Experiência De Diadema, SP. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, [S. l.], v. 16, n. 43, p. 2665, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2665>. Acesso em: 18 jul. 2022.

en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. 2020. 91 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro integral de salud nueva suya, Tegucigalpa, Honduras, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unan.edu.ni/12512/1/t1103.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

MARINS, A. M. F. *et al.* A saúde da pessoa idosa no contexto da pandemia do coronavírus: considerações para a enfermagem. **Revista do Centro Oeste Mineiro**, v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3789>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3789/2439>. Acesso em: 18 jul. 2022.

MARTINS, S. A. R.; SOUZA, A. C. A educação em saúde no contexto da atenção primária em saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 5, n. (supl.2), p. 282-288, 2017. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v5i0.2261>. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2261/2221>. Acesso em: 8 jun. 2021.

MASJOURI, M. *et al.* Explaining the experience of prenatal care and investigating the association between psychological factors with self-care in pregnant women during COVID-19 pandemic: a mixed method study protocol. **Reproductive Health**, [S. l.], v. 17, n. 98, p. 1-7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00949-0>. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-020-00949-0.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2021.

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, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00149720>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2021.

MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 40, n. 108, p. 190-203, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bHqFCrnmnKyKxGBTJNsXlGB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 Jun. 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 7 jun. 2022.

NEVES, D. M. *et al.* Tecnologia móvel para o cuidado de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: relato de experiência. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 11, n. 2(especial), dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP3772>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3772/1000>. Acesso em: 7 jun. 2022.

PACHECO, A. E.; ANTUNES, M. J. M. Revisão da literatura sobre motivação para o

autocuidado na atenção primária em saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 2907-2918, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3288/2970>. Acesso em: 7 jun. 2022.

PAL, R. *et al.* Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 among young adults with Type 1 Diabetes Mellitus amid the nationwide lockdown in India: A cross-sectional survey. **Diabetes Res Clin Pract**, [S. l.], v. 166, p. 1-10, Ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108344>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7375303/pdf/main.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2022.

PESANTES, M. A. *et al.* Los retos del cuidado de las personas con diabetes durante el estado de emergencia nacional por la COVID-19 en Lima, Perú: recomendaciones para la atención primaria. **Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica**, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 541-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.373.5980>. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v37n3/1726-4642-rins-37-03-541.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2022.

QUEIRÓS, P. J. P. *et al.* Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 157-164, 2014. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV14081>. Disponível em: https://rr.esenfsc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2477&id_revista=24&id_edicao=68. Acesso em: 7 jun. 2022.

RIOS, A. F. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde frente à COVID-19: Relato de experiência de um Centro de Saúde. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 11, n. 1(especial), p. 246-251, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP3666>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3666/836>. Acesso em: 7 jun. 2022.

RITCHIE, C. S. *et al.* COVID Challenges and Adaptations Among Home-Based Primary Care Practices: Lessons for an Ongoing Pandemic from a National Survey. **JAMDA**, [S. l.], v. 22, n. 7, p. 1338-44, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.016>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8184288/pdf/main.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2022.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S. l.], v. 29, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n4/e2020494/en>. Acesso em: 7 jun. 2022.

ULBRICH, E. M.; MANTOVANI, M. F.; MATTEI, A. T.; MENDES, F. R. P. Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico. **Rev Gaúcha Enferm**, [S. l.], v. 38, n. 4, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63922>.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. **Rev. APS**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 253-262,

2017. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15943>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15943>. Acesso em: 7 jun. 2022.

VÁZQUEZ, O. G. *et al.* Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID 19 em la población general. **Gaceta Médica do México**, [S. l.], v. 156, n. 4, p. 298-305, 2020. Disponível em: https://www.gacetamedicademexico.com/files/es/gmm_20_156_4_298-305.pdf. Acesso em: 7 jun. 2022.

ARTIGO 9

INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DO PÉ DIABÉTICO:

revisão sistemática

INTERVENTIONS FOR THE PREVENTION OF DIABETIC FOOT ULCERS: a systematic review

Ivanildo Gonçalves Costa Júnior
Ana Clara da Costa Ferreira
Denival Nascimento Vieira Junior
Mailson Fontes de Carvalho
Edina Araújo Rodrigues Oliveira
Laura Maria Feitosa Formiga

RESUMO

O pé diabético é uma das principais consequências do Diabetes Mellitus, com elevada prevalência e incidência na população brasileira. Este capítulo apresenta uma breve revisão da literatura acerca de estratégias de prevenção de úlceras em pés de pacientes diabéticos. Foram exploradas as bases de dados Scielo e NIH, utilizando descritores selecionados. Os resultados apontam a identificação de estratégias relacionadas à promoção da saúde, autocuidado, cuidado continuado, exame físico detalhado e utilização de tecnologias para a prevenção de úlceras em pacientes diabéticos, destacado o papel do enfermeiro na condução de intervenções executadas para se obter resultados significativos na prevenção de complicações do diabetes.

Palavras-chave: Pé diabético; Prevenção; Cuidados de enfermagem; Tecnologias de cuidado.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) mais prevalentes na população brasileira, a Diabetes Mellitus (DM) caracteriza-se por ser oriunda de um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos manifestos pela hiperglicemia proveniente de defeitos na ação ou na secreção de insulina ou em ambas. Uma vez constatada esta desordem, o indivíduo passa a conviver sabidamente com o problema crônico (GAMA *et al.*, 2021).

Cálculos globais indicam que 382 milhões de pessoas vivem com DM, o que corresponde a 8,3% da população, e poderá chegar a 592 milhões em 2035. Acredita-se que aproximadamente 50% dos diabéticos desconhecem que têm a doença. Até 2030, o DM pode saltar de nona para sétima causa mais importante de morte em todo o mundo (FLOR; CAMPOS, 2017).

Uma das consequências da diabetes descompensada é o surgimento do “pé diabético”, termo comumente utilizado para nomear uma série de alterações neuropatológicas associadas e sequelas ocorridas nos pés e membros inferiores de pacientes com DM, podendo ocorrer isoladamente ou em conjunto (FERNANDES *et al.*, 2020).

A predominância global do pé diabético é elevada, com prevalência no Brasil em torno de 6% (MARTINS-MENDES, 2014). Entre 40% a 60% da ocorrência de amputações não traumáticas de membros inferiores são feitas nesses pacientes, destas, 85% são precedidas de úlceras nos pés (BATTUM *et al.*, 2011). Ressalta-se que de 20% a 40% dos recursos destinados para patologia da diabetes são usados para tentar sanar problemas nos pés dos pacientes diabéticos (LEPANTALO, 2011).

Para a prevenção é indispensável um bom acompanhamento da doença aliado a implantação de medidas simples de assistência, autocuidado, diagnóstico precoce e tratamento resolutivo nos estágios iniciais da doença (LIRA *et al.*, 2021). A assistência de uma equipe multiprofissional é essencial na identificação dos fatores de risco e na redução das chances de ulcerações e amputações. Nesse sentido, o rastreamento deve ser feito através da anamnese e exame físico, configurando assim como elementos importantes e indispensáveis à prática profissional do enfermeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A eficácia do rastreamento precoce é crucial para melhorar o gerenciamento do cuidado e reduzir a ocorrência de agravo (SANTOS; CAPIRUNGA; ALMEIDA, 2013). Destaca-se que o rastreamento não requer grandes investimentos financeiros tendo em vista que as habilidades necessárias já devem fazer parte da formação do enfermeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Entretanto, segundo Fernandes *et al.* (2020), é uma realidade o fato de haver uma baixa realização do exame dos pés em portadores de diabetes durante as consultas.

Dada a problemática, buscou-se explorar a literatura acerca de estratégias eficazes para qualificar a assistência ao paciente com DM com foco na prevenção de

úlceras do pé diabético.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Fisiopatologia do pé diabético

O pé diabético é caracterizado pela presença de ulcerações e/ou infecções que são capazes de levar a destruição de tecidos profundos associados a um problema vascular periférico e traumas descendentes. Tais alterações ocasionam irregularidades anatômicas e fisiológicas nas extremidades dos pés, estas deformidades ósseas e musculares aumentam a pressão em pontos específicos e também provocam ressecamento nos locais prejudicados, consequentemente a integridade da pele e a circulação local são agravados, tornando a cicatrização ineficaz (SILVA *et al.*, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), o pé diabético pode ser classificado como pé neuropático (o mais frequente), pé vascular (também chamado de isquêmico) e pé misto que apresenta sintomatologia das duas classificações.

No pé neuropático ocorre perda progressiva da sensibilidade. Os sintomas mais frequentes são formigamentos e sensação de queimação que tipicamente melhoram com o exercício ou execução de alguma atividade que exija esforço dos Membros Inferiores (MMII). A diminuição da sensibilidade pode se manifestar de maneiras evidentes como lesões traumáticas indolores ou a partir de relatos, como perder o sapato sem se notar (NASCIMENTO; PUPE; CALVACANTI, 2016).

Já o pé isquêmico caracteriza-se tipicamente por história de claudicação intermitente (dores intensas nas pernas, similares às câimbras e fisgadas, ao caminhar e realizar atividades físicas) e/ou dor à elevação do membro. Ao exame físico é possível que seja observado rubor postural do pé e palidez à elevação do membro inferior. À palpação, o pé apresenta frio, podendo haver ausência dos pulsos tibial posterior e pedioso dorsal (MARTINES; NETO; ORTIZ, 2021; SILVA *et al.*, 2021).

O pé diabético tem uma fisiopatologia complexa e prevalência elevada. Para a sua prevenção e controle são necessárias ações de saúde relativamente simples que dependem fundamentalmente de educação e interações multidisciplinares. O risco de um diabético desenvolver úlceras ao longo da vida chega a atingir 25%. Acredita-se que em cada 30 segundos ocorre uma amputação de membro inferior em pacientes

portadores dessa doença. Pé diabético tem consequências econômicas substanciais na renda familiar e para o Sistema Único de Saúde (SUS) (FERREIRA *et al.*, 2011).

De acordo com Ferreira (2020a), doenças como obesidade, Doença Arterial Periférica (DAP) e deficiência no sistema imunológico devido aos distúrbios metabólicos do diabetes desempenham papel adicional importante na morbidade, principalmente no que se refere à amputação dos membros inferiores. Sendo assim, a(s) lesão(ões) no pé do indivíduo diabético possuem causas multifatoriais, e incluem complicações de neuropatia, vasculopatia, imunodeficiência e descontrole da glicemia.

Não obstante, o comprometimento gradual dos nervos periféricos causa perda da sensibilidade nociceptiva, vibratória, de temperatura e percepção da pressão plantar, fraqueza muscular e hipotrofia/atrofia dos músculos intrínsecos dos pés, anidrose, edema e shunts arteriovenosos. Todo esse seguimento repercute em deformidades típicas, conhecidas por dedos em garra e em martelo, proeminência plantar das cabeças dos metatarsos e pé cavo, a cascata continua com o aumento da pressão contribuindo para a formação de calos, hemorragias subcutâneas e eventuais úlceras. Além disso, é perspicaz destacar que há comprometimento macro e microvascular gerando uma má perfusão tecidual e uma resposta inflamatória local prolongada, o que eleva o risco para o desenvolvimento de úlcera no pé diabético, haja vista que essa condição tem grau de possibilidade de até 75% dos pacientes com DM e apenas uma minoria das úlceras nos pés é de origem puramente isquêmica (DEL CORE *et al.*, 2018; FERREIRA, 2020b).

As deformidades aparentes no processo fisiopatológico alteram os padrões de pisada no movimento de locomoção, favorecendo pressão indevida que resulta em alterações da integridade da pele durante a marcha e por conseguinte tornam os pés insensíveis ainda mais susceptíveis às úlceras de pressão (FERREIRA, 2020a).

Ainda segundo Del Core *et al.* (2018), a neuropatia também contribui para a formação de úlcera, pois afeta tanto as secreções fisiológicas quanto os sistemas arteriovenosos, levando à pele seca, descamação e frágil. O resultado dessas alterações aumenta o risco de fissuras e ruptura da pele, criando potenciais locais de infecção.

2.2 Assistência de enfermagem ao paciente com pé diabético

No que se refere aos cuidados prestados na assistência direta durante o acompanhamento do paciente com pé diabético sob risco de ulceração, incluem-

se avaliação integral e não apenas o âmbito sintomatológico das alterações tendo em vista que os cuidados não se limitam apenas à avaliação e testes, mas também na identificação de anormalidades e contexto causal que de algum modo ocasione desconfortos e através dos dados subjetivos desenvolva o tratamento mais eficiente (CUBAS *et al.*, 2013).

Sendo assim, o profissional precisa sempre estar disposto a mostrar aos pacientes os riscos que envolvem tal problemática, orientando quanto às complicações, realizando constantemente o controle da glicemia para que não haja complicações o que, conseqüentemente, reduzirá o risco de ulceração e amputação de MMII (BORGES; BRANDÃO; CARVALHO, 2020).

Os cuidados preventivos são necessários diariamente, nesse sentido, a educação em saúde possui importante papel tendo em vista a disseminação de conhecimentos para mudanças de hábitos. Dentre os cuidados preventivos, a higiene dos pés é indispensável e algumas condutas devem ser orientadas como a lavagem com água morna e sabão neutro, realizar a secagem completa e imediata dos pés dando uma maior atenção entre os dedos para assim evitar micoses e maceração; também é importante a orientação acerca da hidratação com algum hidratante específico com o intuito de impedir o surgimento de rachaduras e ressecamento. O enfermeiro deve informar sobre o corte correto das unhas e ter cautela ao manusear o pé do paciente (PEREIRA; ALMEIDA, 2020; HORTA, 2015).

O ideal é que inicialmente seja realizada a inspeção dos pés e na oportunidade orientar o paciente que repita o mesmo processo diariamente, também orientar quanto a meias e calçados adequados, aqueles que permitem adaptação de palmilhas removíveis, com ausência de costuras interiores e sistema de fechamento ajustável como o velcro ou cadarço, ponta quadrada, saltos de até três centímetros e que cubram totalmente os dedos e o calcanhar e que sejam confeccionados com couro macio ou lona (PEREIRA; ALMEIDA, 2020).

Durante a avaliação vários instrumentos podem ser usados para verificar a perda de sensibilidade, sendo que predominam os testes associados à percepção tátil, sendo eles: teste da sensação vibratória com diapasão de 128 Hz, teste da sensação dolorosa (picada de agulha), teste da sensibilidade térmica (usando hastes quentes e frias), teste da sensação profunda (com martelo - reflexo do tendão de Aquiles) e teste do monofilamento de Semmes-Weinstem 10g (sensibilidade protetora e tátil) (IQBAL *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2015).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de revisão sistemática da literatura, método empregado com a intenção de realizar uma avaliação secundária, com o propósito de reunir estudos, avaliando-os criticamente em sua metodologia. As revisões feitas com esse método sintetizam estudos para tirar amplas conclusões teóricas ligando a teoria às evidências e as evidências à teoria (SIDDAWAY; WOOD; HEDGLES, 2019).

A necessidade de pesquisa surgiu devido indagação através da seguinte pergunta norteadora: “quais estratégias são utilizadas para prevenir o surgimento de úlceras no pé do diabético?” A pergunta foi elaborada por intermédio da estratégia PICO, no qual é definido como modelo conceitual possibilitando de forma direcionada um problema de pesquisa (ERIKSEN; FRANDSEN, 2018). A Tabela 1 demonstra cada eixo do acrônimo.

Tabela 1 – Estratégia PICO para estabelecer pergunta norteadora

P: Problema ou População	Pé diabético
I: Intervenção	Estratégias
C: Controle ou Comparação	Lesão/Ulceração
O: Desfecho	Redução da incidência de úlcera diabética

Fonte: Dados da pesquisa. Picos-PI, 2022.

As buscas na literatura por artigos que contemplem a temática ocorreram mediante a utilização de descritores controlados, que foram definidas por meio da utilização da ferramenta virtual Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH). A seguir, os descritores definidos como itens de pesquisa: Pé Diabético/Diabetic Foot; Cuidados de Enfermagem Nursing Care e Prevenção/prevention (termo alternativo). O chaveamento de palavras desenvolveu-se por intermédio do operador booleano AND. As buscas por evidências científicas foram feitas nas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *National Institutes of Health* (NIH) na PubMed.

As buscas avançadas nas bases de dados foram executadas com descritores controlados traduzidos para o idioma inglês tendo em vista as características destas bases pois só dessa maneira é possível obter uma maior extração de estudos.

O chaveamento dos descritores aconteceu seguinte maneira: (Diabetic Foot) AND (Prevention) AND (Nursing Care) nas duas bases de dados e posteriormente foi pesquisado apenas na PubMed (Diabetic Foot) AND (Prevention). Pela ocorrência de duas buscas distintas na PubMed, foi adotado a inicial B (B=Busca), identificando

assim como B1 e B2.

Para a elegibilidade dos critérios de inclusão, foram definidos: artigos completos; gratuitos; qualquer idioma; estudos primários, sendo analíticos observacionais, descritivos transversais ou analíticos experimentais; sem limitação temporal e que evidenciem os cuidados ao pé diabético. No que se refere aos critérios de exclusão: estudos secundários; repetidos; literatura cinzenta; trabalhos que não correspondam aos objetivos da pesquisa e à característica da amostra.

Característica da amostra da revisão:

- Indivíduos com diabetes mellitus e alterações em seus membros inferiores apresentando risco de ulceração.

Desfechos:

- Cuidados preventivos; e/ou
- Redução da incidência ou recorrência de úlceras diabéticas.

Após a realização da busca pelos artigos, ocorreu a aplicação dos filtros disponíveis nas bases de dados, além disso foi realizada a leitura de todos os títulos, os que não corresponderam a intenção da pesquisa foram descartados, posteriormente aconteceu triagem, repescagem de trabalhos e leitura dos resumos e os que não se adequaram a intenção da pesquisa foram excluídos e, por fim, a leitura completa dos estudos restantes seguindo com a mesma logística de exclusão.

Ressalta-se que as etapas de buscas por estudos e extração de dados foram realizadas por dois dos pesquisadores de forma independente, buscando uma terceira busca em casos de divergências.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na pesquisa bibliográfica nas bases de dados encontrou-se 69 estudos na SciELO, 1.195 na PubMed (B1) e 706 na PubMed (B2), totalizando 1.970. Após a aplicação dos critérios on-line de inclusão, observação dos títulos e averiguar duplicidade, excluiu-se o quantitativo de 1.923 artigos. O número de trabalhos triados para análise foi de 47, onde 22 foram descartados, destes, sete foram para repescagem passando por uma nova leitura e análise, contudo, nenhum se adequou à pesquisa. Por seguinte, 25 estudos foram definidos para o seguimento e condução da revisão onde todos foram lidos de forma completa e ainda nesta etapa ocorreu a devida exclusão de nove. Finalmente, o número de estudos eleitos para essa revisão foi 16 artigos, como demonstrado no fluxograma PRIMA (Figura 01).

Figura 1 – fluxograma PRIMA para busca e seleção dos estudos



Fonte: Dados da pesquisa. Picos- Piauí, 2022.

Os artigos selecionados foram identificados pela letra "A" e enumerados de acordo com a sequência pela qual foram lidos, então ficaram identificados entre A1 a A16. Eles foram publicados entre 2009 e 2021, sendo o ano de 2014 com maior número de publicações, quatro equivalendo a 25% do quantitativo de estudos

(Quadro 01). Ainda nesse sentido, os trabalhos incluídos oriundos da B1 e B2 somou-se um e dez, respectivamente, e cinco da base de dados da ScieELO.

Quadro 1 – Ano de publicação dos estudos incluídos e seus autores

ANO DE PUBLICAÇÃO	Nº DE ESTUDOS	AUTOR(ES) E ANO
Até o ano de 2012	01	Rocha; Zanetti; Santos 2009.
Entre 2013 e 2017	07	Policarpo <i>et al.</i> , 2014. Arts <i>et al.</i> , 2014. Wrobel <i>et al.</i> , 2014. Ulbrecht <i>et al.</i> , 2014. Skafjeld <i>et al.</i> , 2015. Roser <i>et al.</i> , 2017. Najafi <i>et al.</i> , 2017.
A partir de 2018	08	Sharone <i>et al.</i> , 2018. Scain; Franzen; Hirkata 2018. López-Moral <i>et al.</i> , 2019. Abbott <i>et al.</i> , 2019. Ramirez-Perdomo; Perdomo-Romero; Rodríguez-Vélez, 2019. Moreira <i>et al.</i> , 2020. Bus <i>et al.</i> , 2021. Chatwin <i>et al.</i> , 2021.

Fonte: Dados da pesquisa. Picos - Piauí, 2022.

Em sequência, observou-se os países onde as pesquisas foram sediadas, Brasil e Estados Unidos da América (EUA) com quatro artigos cada, representando juntos o percentual de 50% da amostra. O Reino Unido acompanhado da Holanda, ambos com dois, resultam em 25%. Colômbia, Espanha, Malásia e Noruega, cada qual com um estudo, somam 25% (Tabela 02).

Tabela 2 - País onde os estudos foram feitos

PAÍS	Nº DE ESTUDOS	%
BRASIL	04	25
E.U.A.	04	25
HOLANDA	02	12,5
REINO UNIDO	02	12,5
COLÔMBIA	01	6,25
ESPAÑA	01	6,25

MALÁSIA	01	6,25
NORUEGA	01	6,25
TOTAL	16	100

Fonte: Dados da pesquisa. Picos - Piauí, 2022.

No que se refere ao tipo de método utilizado, os estudos analíticos experimentais (ensaios clínicos) correspondem a oito trabalhos ou 50%, do mesmo modo, os analíticos observacionais e descritivos (coorte e transversal) com oito também representam 50%. O total de estudos de coorte e transversal são de dois e seis, respectivamente. Já estudos de caso-controle não foram encontrados (Quadro 02).

Dentre os 16 estudos, sete evidenciaram o papel do enfermeiro na condução bem como nas intervenções executadas para se obter resultados significativos, foram eles: A1, A2, A3, A4, A5, A6 e A8. Sobre as tecnologias, foram identificados oito estudos, destes, três pesquisaram sobre calçados terapêuticos (A7, A10 e A11), três a respeito de palmilhas, um sobre órteses (A12) e por fim, um artigo (A13) estudou um têxtil inteligente (meias inteligentes).

Quadro 2 - Características gerais dos estudos

IDENTIFICAÇÃO	REFERÊNCIA	INTENÇÃO DA PESQUISA	MÉTODO DE AVALIAÇÃO	RESULTADO PRINCIPAL
A1	Skafjeld <i>et al.</i> , 2015	Monitoramento de temperatura para reduzir úlceras do pé em pacientes com diabetes.	Coorte	Não detectado diferença
A2	Rocha; Zanetti; Santos, 2009	Identificar o conhecimento e comportamento de pessoas diabéticas em relação aos cuidados com os pés.	Transversal	Indivíduos sem instrução

A3	Moreira <i>et al.</i> , 2020	Intervenção educativa	Ensaio clínico	Melhora após a intervenção com relação a anexos da pele, fluxo sanguíneo, sensibilidade e pressão do pé. Pontuação melhorada para risco de pé diabético.
A4	Ramirez-Perdomo; Perdomo-Romero; Rodríguez-Vélez, 2019	Descrever os saberes e as práticas que as pessoas realizam para a prevenção do pé diabético.	Transversal	Conhecimentos em nível baixo e médio enquanto práticas moderadamente adequadas.
A5	Scain; Franzen; Hirakata, 2018	Consultas de enfermagem para avaliar os pés	Coorte	Quanto mais tempo de acompanhamento com enfermeiro educador maior vitalidade.
A6	Policarpo <i>et al.</i> , 2014	Identificar o conhecimento, as atitudes e as práticas voltadas à prevenção do pé diabético	Transversal	Alto índice de desinformação.
A7	López-Moral <i>et al.</i> , 2019.	Eficácia de calçado terapêutico com sola de balancim rígida na prevenção de recorrência em pacientes com diabetes mellitus e polineuropatia diabética.	Ensaio clínico	Calçado terapêutico com sola de balancim rígida em polineuropatia e história de úlcera reduz o risco de úlcera plantar.
A8	Sharone <i>et al.</i> , 2018	Efeitos de um programa sobre autocuidado	Ensaio clínico	Melhorou o autocuidado
A9	Abbot <i>et al.</i> , 2019	Palmilha tecnológica que reduz o pé diabético e úlceras plantares.	Ensaio clínico	Redução significativa na incidência de úlceras.

A10	Arts <i>et al.</i> , 2014	Avaliar calçados sob medida	Transversal	Os profissionais devem encorajar os pacientes sobre os benefícios dos calçados pois seu uso é positivo.
A11	Roser <i>et al.</i> , 2017	Avaliar novos exoesqueletos para aliviar a pressão.	Transversal	Os novos exoesqueletos implantados em calçados reduzem a carga no ante pé.
A12	Ulbrecht <i>et al.</i> , 2014	Avaliar órteses baseadas em forma e pressão na prevenção de lesão da cabeça submetatarsal	Ensaio clínico	As órteses são mais eficazes na redução da recorrência do que as órteses padrão, mas não reduziram significativamente as lesões não ulcerativas.
A13	Najafi <i>et al.</i> , 2017	Um Têxtil Inteligente à Base de Fibra Óptica (Meias Inteligentes) para Gerenciar Biomecânica de Fatores de risco associados ao Pé	Ensaio clínico	Resultados excelentes mostrando eficácia no controle de temperatura, ângulo da pisada e pressão.
A14	Bus <i>et al.</i> , 2021	Monitoramento de temperatura para reduzir incidência de úlcera diabética	Ensaio clínico	Monitoramento domiciliar de temperatura não reduz a incidência
A15	Wrobel <i>et al.</i> , 2014	Avaliar efeito de nova palmilha redutora de cisalhamento na resposta térmica ao andar, equilíbrio e marcha	Transversal	Reduziu significativamente os aumentos de temperatura do ante pé e médio pé além de melhorar a marcha

A16	Chatwin <i>et al.</i> , 2021	Investigar o uso continuado de um sistema de palmilha inteligente por pacientes em alto risco de úlceras diabéticas	Ensaio clínico	As palmilhas reduzem a alta pressão e evitam ulcerações.
-----	------------------------------	---	----------------	--

Fonte: Dados da pesquisa. Picos - Piauí, 2022.

Através das informações obtidas pelos artigos selecionados, reafirma-se a percepção de que a promoção da saúde, autocuidado, cuidado continuado, consulta, exame físico detalhado além do uso de tecnologias são estratégias necessárias na prevenção da ulceração do pé do paciente diabético.

No que se refere à promoção da saúde, o presente estudo identificou a importância de disseminar conhecimento por parte dos profissionais para a população no intuito de implementar o autocuidado. Foram encontrados quatro artigos que enfatizam o estímulo ao autocuidado, dentre estes estão: orientações a respeito do corte correto das unhas, inspeção diária e hidratação dos pés para prevenir ressecamento e calosidades. De modo complementar, Lima *et al.* (2022) mostrou em seu estudo que boa parte dos pacientes entrevistados possuíam cuidados mínimos adequados com os pés, como inspecioná-los (60,2%), hidratá-los (65,9%), não andar descalço (81,8%) e cortar as unhas (92%), apesar de 90,9% não utilizar sapatos considerados adequados.

O autocuidado com os pés consiste em uma das estratégias mais importantes para evitar o surgimento de complicações relacionadas ao descontrole do DM. Fernandes *et al.* (2020) afirmou que pacientes com diabetes devem conhecer sua condição clínica, visto que a maioria (84%) relataram receber informações de profissionais de saúde sobre os cuidados com os pés (higienização adequada, o uso de calçados apropriados, o exame diário dos pés e o corte adequado das unhas). Entretanto, ainda é elevado o número de pessoas que negligenciam tais informações (FLOR; CAMPOS, 2017).

Ainda nessa linha de pensamento, um estudo realizado com pessoas internadas por complicações do pé diabético, que em sua maioria são idosos (82%), com baixa renda e escolaridade foram questionados a respeito de quais cuidados era preciso ter no cotidiano com os pés apenas e apenas 12% demonstraram algum conhecimento, ficando evidente a importância da

realização de educação em saúde na atenção primária (MATOS *et al.*, 2021).

Quatro referências destacaram a importância da educação em saúde durante a abordagem da consulta profissional, disseminando informação e conhecimento à população principalmente a respeito de cuidados preventivos, convergindo com estudos de KIRL e SLOB (2018) que concluíram que o enfermeiro precisa reconhecer as carências da população e a partir de então planejar estratégias de educação em saúde para cuidados com prevenção.

Em concordância com o achado, o trabalho de Pontes *et al.* (2021) fala a respeito de uma intervenção realizada no estado da Bahia, na ocasião possibilitou-se verificar o impacto positivo da educação em saúde mediante o interesse dos usuários em adquirir conhecimentos sobre hábitos que favorecem melhoria na qualidade de vida do paciente diabético que a curto prazo notou-se melhora no autocuidado e autoconhecimento.

Um exemplo de como ações podem ser efetivas na mudança de práticas foi a implantação de um programa de educação para enfermeiros em unidades de hemodiálise, mediante a real necessidade de avaliações periódicas dos pés de pacientes dialíticos acometidos com DM, os enfermeiros ao examinarem criaram a rotina autocuidado com os pés (BRAND *et al.*, 2016).

Ainda de acordo com Fernandes *et al.* (2020), no Brasil, apenas 58,4% dos pacientes diabéticos fizeram consulta regular e receberam a orientação para examinar os pés; a ocorrência de ferida no pé foi significativamente maior para o sexo masculino; na raça-cor preta/parda; a presença de ferida no pé foi significativamente maior entre os pacientes diabéticos que faziam consulta regularmente.

Outro achado interessante em nossa pesquisa foi a identificação de artigos que citam o enfermeiro de forma autônoma na consulta ao paciente com DM, dispondo-se de técnicas e alguns instrumentos que permitem identificar achados clínicos referentes a alterações de sensibilidades dos pés, dentre os recursos estão a palpação do pulso tibial posterior e pedioso, averiguação do Índice Tornozelo-braço (ITB), teste sensorial com monofilamento 10g e teste de vibração com diapasão de 128Hz, educação em saúde e cuidado continuado.

Em um estudo transversal e analítico de Brito *et al.* (2020), realizado em Teresina (PI), identificou-se o predomínio de pulsos pedioso (91,2%) e tibial posterior (92,2%) nos pacientes selecionados, no que se refere a avaliação de sensibilidade

com diapasão, prevaleceram as pessoas sem alterações (87,3%) e observou-se ainda que (39,2%) das pessoas apresentaram alteração sensorio-motora por meio do teste com monofilamento de 10g.

Além disso, Bimbato *et al.* (2018) avaliou o ITB e 50 pacientes com média de idade de 70 anos, destes, 16% apontaram valores anormais. Portanto, fica demonstrado o quanto utilizações desses instrumentos são importantes para identificar alterações no momento da avaliação que não seriam possíveis de constatar apenas com inspeção e palpação, instrumentos básicos do cuidado.

Em relação a calçados terapêuticos, observa-se que as solas rígidas são melhores do que as semirrígidas. Segundo Schaper *et al.* (2019), a confecção de calçados com sola rígida deve obter um padrão de confecção, sendo de suma importância conter ângulo acentuado na região do antepé, local onde ocorre a fase de apoio e desprendimento da marcha evitando a extensão das articulações metatarsofalangeanas.

Enfatiza-se ainda a necessidade de utilização de palmilhas específicas para diabéticos, este estudo constatou a eficácia de dois tipos, as redutoras de cisalhamento na resposta térmica ao andar, equilíbrio e marcha e as digitais conectadas a dispositivos móveis. Em adição, Seguer (2017) afirmou que as palmilhas proporcionam alívio às dores recorrentes das pressões irregulares do pé, e atuam com o propósito de ajudar a reduzir as forças de atrito e cisalhamento que ocorrem durante a marcha, entre a meia ou ela e os pés, ao proporcionar essa vantagem, elas previnem o surgimento de calos e traumas na pele.

Cubas *et al.* (2013) apurou em sua pesquisa exploratória que 85% dos casos de úlceras que necessitam de internação são originárias de lesões superficiais em pessoas com neuropatia periférica, lesões estas diretamente relacionadas a uso de calçados impróprios, observou-se ainda que na população avaliada 85% os participantes fazem uso de calçados inadequados, com bico fino, salto, sapatos secos, apertados ou muito frouxos, com destaque para o uso em grande escala de chinelos de dedo de borracha ou similar, entretanto o enfermeiro afirma que realiza esta orientação em 100% de seus encontros com os diabéticos.

Muro *et al.* (2018) destacam ser essencial que os profissionais de saúde envolvidos no manejo do pé diabético conheçam os insumos e técnicas adequadas a serem utilizados na avaliação da prática clínica, de forma a identificar alterações

prévias, minimizar riscos e planejar intervenções voltadas ao autocuidado, disseminação de informações e cuidado continuado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão reforça os aspectos preventivos essencialmente importantes no âmbito das intervenções de saúde destinadas a pacientes portadores de DM, sobretudo relacionadas às estratégias, tecnologias e instrumentos a serem utilizados na identificação, diagnóstico e tratamento de agravos como o pé diabético.

É fato que a elevada incidência do problema sugere que há lacunas na assistência e acompanhamento realizados, reforçando a necessidade de maior atenção às complicações de maneira preventiva, através de rastreios e identificação de fatores de risco. A literatura evidencia a importância da estimulação ao autocuidado através da educação em saúde para os pacientes bem como a necessidade da realização de teste de sensibilidade, de vibração ou de obstrução arterial. Destaca-se também a possível utilização de calçados terapêuticos, palmilhas apropriadas, meias sem costura e órteses. Apesar de não ser uma realidade habitual o uso destes itens no Brasil, é importante obter conhecimento a respeito de Materiais e técnicas utilizadas para avaliação.

Por fim, apesar do considerável número de estudos que apresentam estratégias de prevenção a complicações do pé diabético, ainda se faz necessária a discussão e implementação de estratégias, tecnologias e instrumentais na assistência à saúde, especialmente no âmbito da saúde pública, a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ABBOT, C. A. *et al.* Innovative intelligent insole system reduces diabetic foot ulcer recurrence at plantar sites: a prospective, randomised, proof-of-concept study. **Lancet Digital Health**, [S. l.], v. 1, 2019.

ARTS, M, J, L. *et al.* Perceived usability and use of custom-made footwear in diabetic patients at high risk for foot ulceration. **J Rehabil Med**, [S. l.], v. 46, 2014. DOI: www.doi.org/10.2340/16501977-1272.

BATTUM, P. V. *et al.* Differences in minor amputation rate in diabetic foot disease throughout Europe are in part explained by differences in disease severity at

presentation. **Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association**, [S. l.], v. 28, n. 2, 2011. DOI: www.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03192.

BIMBATO, L. D. M. *et al.* Doença arterial obstrutiva assintomática e Índice Tornozelo-Braquial em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, [S. l.], v. 16 n. 1, 2018.

BORGES, L. R. G.; BRANDÃO, N. S.; CARVALHO, A. C. G. A assistência do enfermeiro na prevenção do pé diabético em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, [S. l.], v. 5, n. 4, 2020.

BRAND, S. L. *et al.* Short Report: Education and Psychological Issues Evaluation of the effect of nurse education on patient-reported foot checks and foot care behaviour of people with diabetes receiving haemodialysis. **Diabetic Medicine**. 2016.

BRITO, J. F. P. *et al.* Alterações sensoriais-motoras e fatores associados em pacientes com diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0508>.

BUS, S. A. *et al.* Effectiveness of at-home skin temperature monitoring in reducing the incidence of foot ulcer recurrence in people with diabetes: a multicenter randomized controlled trial (DIATEMP). **BMJ Open Diab Res Care**, [S. l.], v. 9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2021-002392>.

CHATWIN, K. E. *et al.* An intelligent insole system with personalised digital feedback reduces foot pressures during daily life: An 18-month randomised controlled trial. **Diabetes Research and Clinical Practice**, [S. l.], v. 18, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109091>.

CUBAS, M. R. *et al.* Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioterapia em movimento**, [S. l.], v. 6, n. 3, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000300019>.

DEL CORE. M. A. *et al.* A Avaliação e o Tratamento de Úlceras do Pé Diabético e Infecções do Pé Diabético. **Tropical Review**, [S. l.], v. 1, n. 11, 2018.

ERIKSEN, M. B.; FRANSEN, T. F. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. **J Med Libr Assoc.**, v. 6, n. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5195/jmla.2018.345>.

FERNANDES, F. C. de G. *et al.* O cuidado com os pés e a prevenção da úlcera em pacientes diabéticos no Brasil. **Cad. saúde colet.**, [S. l.], v. 28, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028020258>.

FERREIRA, L. T. *et al.* Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 36, n. 3, 2011. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcs.v36i3.59>.

FERREIRA, R. C. Pé diabético. Parte 1: Úlceras e infecções. **Revista Brasileira de Ortopedia**, [S. l.], v. 55, n. 4, 2020a.

FERREIRA, R. C. Pé diabético. Parte 2: Neuroartropatia de Charcot. **Revista Brasileira de Ortopedia**, [S. l.], v. 55, n. 4, 2020b. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0039-3402460>.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, [S. l.], v. 20, n. 1, 2017.

GAMA, D. M. *et al.* Tecnologias educacionais validadas para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 5, 2021.

HORTA, H. H. L. Cuidados de enfermagem com o pé diabético: aspectos fisiopatológicos. **Revista ciências da saúde**, [S. l.], v. 14, n. 15, 2015.

IQBAL, Z. *et al.* Diabetic Peripheral Neuropathy: Epidemiology, Diagnosis, and Pharmacotherapy. **Clinical Therapeutics**, [S. l.], v. 40, n. 6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2018.04.001>.

KIRSH, G. H.; SLOB, E. M. G. B. Atuação Do Enfermeiro Na Educação Em Saúde Da População. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 12, n. 13, 2018.

LIMA, L. J. L. *et al.* Avaliação do autocuidado com os pés entre os pacientes portadores de diabetes mellitus. **J. Vascular Brasileiro**, [S. l.], v. 21, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.210011>.

LIRA, J. A. C. *et al.* Fatores associados ao risco de pé diabético em pessoas com diabetes mellitus na atenção primária. **Rev. esc. enferm. USP**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020019503757>.

LEPÄNTALO, M. *et al.* Chapter V: Diabetic foot. **European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery**, [S. l.], v. 42, p. 60-74, 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1078-5884\(11\)60012-9](https://doi.org/10.1016/S1078-5884(11)60012-9).

LÓPES-MORAL, M. *et al.* Clinical efficacy of therapeutic footwear with a rigid rocker sole in the prevention of recurrence in patients with diabetes mellitus and diabetic polyneuropathy: A randomized clinical trial. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 11, jul. 2019.

MARTINES, L. J. O.; NETO, P. V. S.; ORTIZ, J. V. Heberprot-p® and ozone therapy in the treatment of diabetic foot ulcers: a bibliographic review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22952>.

MARTINS-MENDES, D. *et al.* The independent contribution of diabetic foot ulcer on lower extremity amputation and mortality risk. **J Diabetes Complications**, [S. l.], v. 28, n. 5, p. 632-638, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2014.04.011>.

[jdiacomp.2014.04.011](https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2014.04.011).

MATTOS, P. A. *et al.* Educação em saúde para prevenção do pé diabético: relato de experiência. **Journal of Nursing and Health**, [S. l.], v. 11, n. 4, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasil, 2016. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual_do_pe_diabetico.pdf. Acesso em: 19 mar. 2022.

MOREIRA, J. B. *et al.* Efeito do grupo operativo no ensino do autocuidado com os pés de diabéticos: ensaio clínico randomizado. **Rev Esc Enferm USP**, [S. l.], n. 54, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019005403624>.

MURO, E. S. *et al.* Evidências para avaliação dos pés da pessoa com diabetes mellitus. **Rev enferm UFPE on line**, [S. l.], v. 2, n. 7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231768p1129-1139-2018>.

NAJAFI, B. *et al.* An Optical-Fiber-Based Smart Textile (Smart Socks) to Manage Biomechanical Risk Factors Associated With Diabetic Foot Amputation. **Journal of Diabetes Science and Technology**, [S. l.], v. 11, n. 4, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/19322968177090>.

NASCIMENTO, O. J. M.; PUPE, C. C. B.; CALVACANTI, E. B. U. Neuropatia diabética. **Revista dor: pesquisa, clínica e terapia**, [S. l.], v. 17, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160047>.

NASCIMENTO, R. T. L. *et al.* Painful diabetic neuropathy - clinical features, diagnosis and treatment: literature review. **Revista UNINGÁ**, [S. l.], v. 43, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, K. P. de S. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente com pé diabético: uma revisão integrativa. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, [S. l.], v. 15, n. 1, 2017.

PEREIRA, B.; ALMEIDA, M. A. R. de. A importância da equipe de enfermagem na prevenção do pé diabético. **Revista JRG de estudos acadêmicos**, [S. l.], v. 3, n. 7, 2020.

POLICARPO, N. S. *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. **Rev Gaúcha Enferm**, [S. l.], v. 3, n. 35, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45187>.

PONTES, A. M. *et al.* Educação em saúde para prevenção do pé diabético: relato de experiência. **J. Nurs. Health**, [S. l.], v. 11, n. 4, 2021.

RAMIRES-PADROMO, C.; PERDOMO-ROMERO, A.; RODRÍGUEZ-VELEZ, M. Conocimientos y prácticas para la prevención del pie diabético. **Rev Gaúcha Enferm**, n. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180161>.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento:

fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta paul. Enferm*, [S. l.], v. 22, n. 1, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100003>.

ROSER, M. C. et al. ovel In-Shoe Exoskeleton for Offloading of Forefoot Pressure for Individuals With Diabetic Foot Pathology. *Journal of Diabetes Science and Technology*, [S. l.], n. 5, v. 11, 2017, DOI: <https://doi.org/10.1177/1932296817726349>.

SANTOS, G. I. L. S. M.; CAPIRUNGA, J. B. M.; ALMEIDA, O. S. C. Pé diabético: condutas do enfermeiro. *Revista Enfermagem Contemporânea*, [S. l.], v. 2, n. 2, 2013. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v2i2.303>.

SCAIN, S. F.; FRANZEN, E.; HIRAKATA, V. N. Riscos associados à mortalidade em pacientes atendidos em um programa de prevenção do pé diabético. *Rev Gaúcha Enferm*, [S. l.], v. 39, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170230>.

SCHAPER, N. C. et al. Diretrizes práticas sobre a prevenção e tratamento da doença do pé diabético. *Diabetes e Metabolismo*, 2019.

SEGER, F. **Análise da influência de palmilhas na distribuição das pressões plantares e no controle postural**. 2017. Disponível em: https://web.fe.up.pt/~tavares/downloads/publications/relatorios/Fabiane_Seger-TP.pdf. Acesso em: 4 mar. 2022.

SHARONI, S. K. A. et al. The effects of self-efficacy enhancing program on foot self-care behaviour of older adults with diabetes: A randomised controlled trial in elderly care facility, Peninsular Malaysia. *PLOS ONE*, [S. l.], v. 13, 2018.

SIDDAWAY, A. P.; WOOD, A. M.; HEDGLES. How to do a systematic review: A Best Practice Guide for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta-Syntheses. *Annual Review of Psychology*, [S. l.], v. 70, n. 1. 2019.

SKAFJELD, A. et al. A pilot study testing the feasibility of skin temperature monitoring to reduce recurrent foot ulcers in patients with diabetes – a randomized controlled trial. *BMC Endocrine Disorders*, [S. l.], v. 15, n. 55, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12902-015-0054-x>.

ULBRECHT, J. S. et al. Prevention of Recurrent Foot Ulcers With Plantar Pressure-Based In Shoe Orthoses: The CareFUL Prevention Multicenter Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*, [S. l.], v. 37, 2014. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc13-2956>.

WROBEL, J. S. et al. A Novel Shear Reduction Insole Effect on the Thermal Response to Walking Stress, Balance, and Gait for Diabetic Neuropathy. *Journal of Diabetes Science and Technology*, [S. l.], v. 8, n. 6, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1177/1932296814546528>.

ARTIGO 10

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO NORDESTE, DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

EVALUATION OF THE HEALTH PROFILE DISEASE OF SERVANTS OF A PUBLIC UNIVERSITY IN THE NORTHEAST, DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Mirna Fontenele de Oliveira
Carlos Davi Bezerra Felipe
Antônio Coelho Sidrim
Ana Kelli Peixoto Tavares
Sidariana Aparecida Nunes
Cristiane Marinho Uchôa Lopes

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida dos servidores da Universidade Federal do Cariri (UFCA), localizada no estado do Ceará, Brasil. Foi realizada uma pesquisa institucional descritiva, de abordagem quantitativa e desenho transversal, por meio de um Formulário Eletrônico do Google Forms que versava sobre questões acerca do perfil dos servidores e/ou colaboradores da instituição quanto à qualidade de vida, de forma on-line, de março a julho de 2020, obtendo-se um total de 211 respondentes. Os resultados mostram que existe a necessidade de implantação de um plano de ação de promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho voltado para a realidade e expectativa dos trabalhadores.

Palavras chave: Qualidade de vida; Promoção da Saúde; Saúde do trabalhador.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de Qualidade de Vida (QV) da Organização Mundial de Saúde (OMS) surgiu da necessidade de uma avaliação internacional da saúde e se refere a um estado de pleno bem-estar físico, mental e social englobando aspectos diversos como motivação, satisfação, condições de trabalho, estresse, estilos de liderança, entre outros (TOLFO, 2008; FARSEN et al., 2018).

Quando esse conceito é aplicado a rotina de trabalho surgem as quatro principais ênfases que envolvem os estudos sobre a temática: a primeira é a preocupação com o bem-estar e satisfação do trabalhador aliado ao aumento da produtividade; em seguida, há o envolvimento dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho; bem como a humanização do trabalho; e por fim, a forma de pensar sobre pessoas, trabalho e organizações (TOLFO, 2008; FARSEN *et al.*, 2018). Derivando-se dessas ênfases, existe um campo de trabalho importante, no qual a atuação de profissionais de saúde faz-se necessária.

No âmbito do cuidado em saúde do trabalhador, a Ergonomia é a ciência de compreensão das interações de pessoas com os demais elementos de um sistema e têm sido aplicada principalmente em médias e grandes empresas, com o objetivo de diminuir as queixas dos trabalhadores e proporcionar um ambiente de trabalho com mais eficiência, conforto e segurança (SOARES; SILVA, 2019).

Um dos aspectos que veio a favorecer o trabalhador e regulamentar seus direitos foi a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída em 23 de agosto de 2012 por meio da Portaria N° 1.823, sua finalidade foi definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas da gestão do Sistema Único de Saúde-SUS para as ações de atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância e nos principais pilares do SUS promovendo e protegendo a saúde do trabalhador buscando ainda reduzir a morbimortalidade ocasionada pelos modelos e processos produtivos já instituídos (BRASIL, 2012).

Graças ao reconhecimento da importância dessa temática, em 12 de setembro de 2017 foi instituída a Portaria n°875 que trata da Política de Qualidade de Vida no Trabalho e estabelece ainda o Programa Nacional de Qualidade de Vida no Trabalho no âmbito do Ministério Público Federal. Estabelecendo princípios e diretrizes como o bem-estar no ambiente de trabalho, melhores condições de trabalho, cultura organizacional que respeite os valores e crenças, desenvolvimento e crescimento profissional, dentre outros direitos (BRASIL, 2017).

Após a instituição das normativas anteriormente citadas, surgiram algumas iniciativas a exemplo da Política Institucional de Qualidade de Vida no Trabalho criada no âmbito do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Brasília que trouxe o preceito institucional de gestão organizacional expresso em conceitos, fundamentos e princípios que objetivam nortear a prática de ações de qualidade de vida no trabalho, iniciando assim uma nova forma de cuidado com o trabalhador

com grandes possibilidades de adaptação dentro dos diversos campos de trabalho.

Nessa perspectiva, a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP) da Universidade Federal do Cariri (UFCA) normatiza e prioriza o aspecto da saúde do trabalhador, por meio da Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (CQVT), em consonância com as recomendações do lei n° 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime jurídico único do servidor público federal, planeja e implementa ações voltadas para saúde ocupacional e promoção da Qualidade de Vida no Trabalho. Alguns dos objetivos principais do setor são: diagnóstico e prevenção dos riscos ocupacionais; promoção da saúde e melhor qualidade de vida aos servidores; melhora do clima organizacional e elevação dos níveis de satisfação no trabalho.

Esses objetivos estão alinhados ao Planejamento Estratégico Institucional – PEI, guardando conformidade com a missão e a visão da Universidade, através da busca pelo alcance do objetivo estratégico “Atrair, valorizar e estimular a permanência de pessoas”, objetivando “Contribuir com a realização de atividades que visem o fortalecimento da imagem da instituição, atraindo pessoas com competências que atendam as estratégias da Universidade e a valorização do servidor através de ações voltadas para a qualidade de vida e incentivo ao seu desenvolvimento, a fim de construir um ambiente organizacional favorável ao crescimento e à realização das pessoas”; também se alinha ao seu Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI UFCA 2020, que traz, na página 223, que “o objetivo, para os próximos cinco anos, é fortalecer e desenvolver as ações de Qualidade de Vida dentro da UFCA”.

Nesse âmbito, o objetivo é avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores da UFCA, por ser um indicador relevante, sendo usado em diferentes instituições para avaliar situações de risco à saúde do trabalhador e/ou potenciais condições geradoras de impactos negativos como: afastamentos, licenças ou absenteísmo. A identificação dessas condições de risco é de extrema relevância, pois ajudará no planejamento estratégico de ações e medidas preventivas e promotoras da saúde e bem-estar. Alguns dos resultados esperados com estudos dessa natureza são: identificar estratégias de melhoria nas condições de saúde do servidor; promoção da saúde; aumento da satisfação no trabalho e elevação da produtividade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Visando considerar a pessoa como um todo e a relacionar suas atitudes com

as características da sociedade e o meio em que vive, a atual definição de saúde, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a saúde um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, onde a saúde é inserida em seu espectro de globalidade, como as medidas preventivas no desenvolvimento de patologias, do tratamento e da reabilitação.

A Promoção da Saúde visa a busca de melhorias de qualidade de vida para a população, procurando meios para alcançá-las. Está inserida em um contexto globalizado abordando todos os aspectos em que o ser humano insere-se, onde vivem, trabalham, alimentam-se e socializam-se (MARTINS, 2004).

Dentro deste contexto, necessita-se de um olhar mais amplo, retirando o foco da doença e verificando as condições em que os sujeitos estão inseridos diariamente. Torna-se necessário a formação de políticas em que os sujeitos sejam os autores neste processo, levando ações de saúde produtivas onde estes habitam e trabalham.

A saúde no Brasil possui um compromisso desafiador em relação à implantação de políticas de promoção voltadas para áreas de crescente expansão como o envelhecimento populacional, o aparecimento de doenças crônicas, as doenças infectocontagiosas, reforçando as ações de todos os setores no combate da progressão de suas consequências. Com os mais diversos setores agindo em conjunto, inserem-se em um processo de melhorias das necessidades de saúde de uma coletividade, envolvendo a população no percurso do diagnóstico e da avaliação das ações implantadas (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa institucional descritiva, de abordagem quantitativa e desenho transversal. O presente estudo classifica-se como institucional uma vez que surge da necessidade do setor Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (CQVT), da Pró-Reitoria de Qualidade de Vida no Trabalho (PROGEP), da Universidade Federal do Cariri (UFCA), em realizar ações que visem à promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho dos servidores da UFCA.

A amostra do estudo considerou o universo de servidores da UFCA em 2020, perfazendo um total de 623 servidores, docentes e técnico-administrativos, distribuídos nos campi de Juazeiro do Norte, Crato, Barbalha, Brejo Santo, Icó e Centro Multiuso.

Pretendeu-se atingir um recorte amostral com o máximo de servidores possível, distribuído nos diferentes campi.

Em virtude do decreto de isolamento social estabelecido a fim de conter o avanço do contágio pelo novo coronavírus - agente causador da pandemia de COVID-19 -, a coleta de dados do estudo foi realizada por meio de um Formulário Eletrônico do Google¹, que versava sobre questões acerca do perfil de saúde e doença dos servidores e/ou colaboradores da instituição, bem como itens referentes a saúde física e emocional, o qual foi disponibilizado e divulgado de forma on-line, durante os meses de março a julho de 2020, obtendo um total de 211 respondentes.

A equipe de execução do projeto contou com a participação de servidores e estagiários da UFCA, vinculados a CQVT/UFCA, os quais foram devidamente treinados para a aplicação do instrumento de coleta de dados, bem como para categorização e análise dos dados elencados. Os dados coletados foram digitados em uma planilha do programa Excel e passaram por uma análise estatística simples, de frequências absolutas e relativas, gerando os gráficos e tabelas apresentados na seção de resultados.

O presente estudo atendeu aos aspectos éticos recomendados pela Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Foram levados em consideração os aspectos da autonomia, da não-maleficência, da beneficência e da justiça. Todos os sujeitos participantes das etapas de coleta de dados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde constava a garantia de sigilo com o tratamento dos dados de identificação, assim como a forma de participação voluntária no estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Projeto Estratégico (PE) Qualidade de Vida na UFCA é um projeto institucional que faz parte do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) da UFCA e teve sua concepção no ano de 2016, com duração de 4 anos (2016-2020). E como primeiro passo, buscou-se a realização de um estudo de diagnóstico da situação de saúde-doença dos servidores da UFCA, com vistas a conhecer e avaliar as condições de saúde e qualidade de vida dos servidores atuantes na Universidade Federal do Cariri,

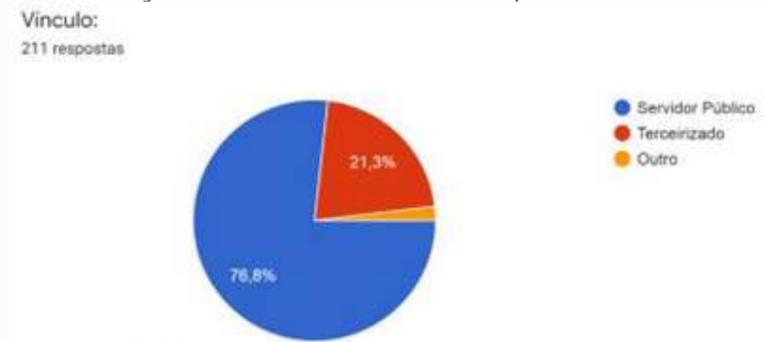
¹Disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/1VzCQYHaiVa3tITUG1d9FFG4mtyAFBiHAL0GJo5XQ9Y/edit>. Acesso em: 2 out. 2022.

em seus diferentes campi. Para, a partir daí, traçar um plano de ação direcionado para melhoria da saúde e das condições de ser/estar da comunidade de servidores/colaboradores na UFCA. Além disso, esses dados darão subsídio para mitigar as fontes de mal-estar no ambiente organizacional e reforçar as fontes de bem-estar, na busca da melhoria contínua da qualidade de vida no trabalho.

O questionário saúde-doença dos funcionários da Universidade revelou um público respondente com maior prevalência na faixa etária entre os 26 e 41 anos de idade, classificando-os como adultos em atividades laborais.

Essa faixa etária é comumente associada a pessoas com baixa incidência de problemas de saúde, o que as deixam num estrato populacional que pode adotar hábitos de vida cotidianos não saudáveis, trazendo assim, maiores riscos futuros à saúde. Isso porque, a adesão a um estilo de vida saudável nesse intervalo de idade é associada a uma redução do risco de desenvolvimento de doenças crônicas e a uma extensão da expectativa de vida (THEME FILHA *et al.*, 2015; LI *et al.*, 2020). Esses dados demonstram a importância de investir em ações de Promoção da Saúde, prevenção de doenças e adoção de hábitos saudáveis de maneira precoce.

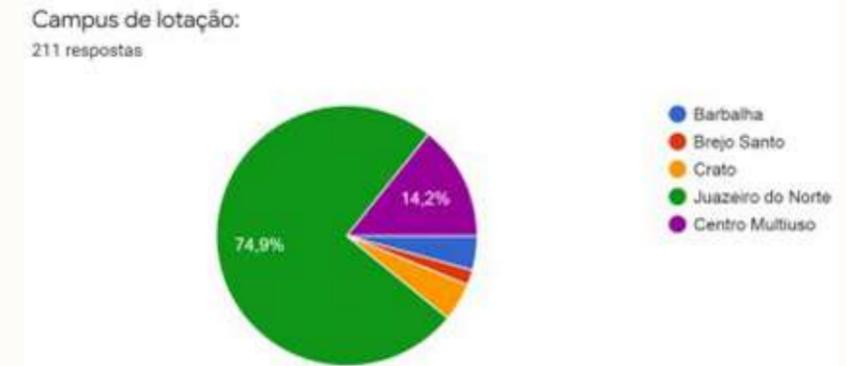
Figura 1 - Distribuição dos servidores da UFCA quanto ao vínculo de trabalho



Fonte: Autoria própria (2022).

A maioria dos funcionários avaliados é servidor público (76,8%), enquanto a outra parte possui um vínculo institucional terceirizado (21,3%), configurando-os como uma população de vínculos mistos.

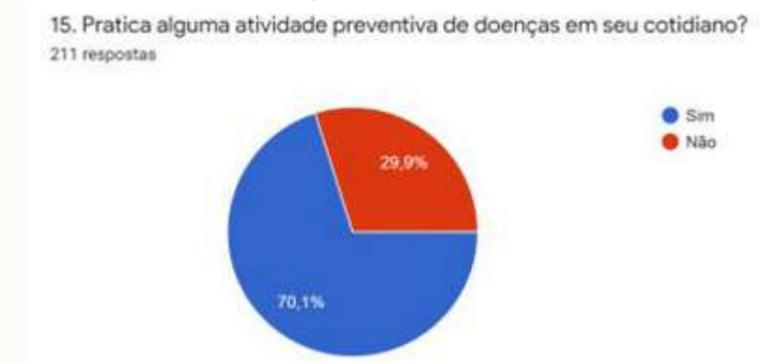
Figura 2 - Distribuição dos servidores da UFCA quanto ao campus de lotação



Fonte: Autoria própria (2022).

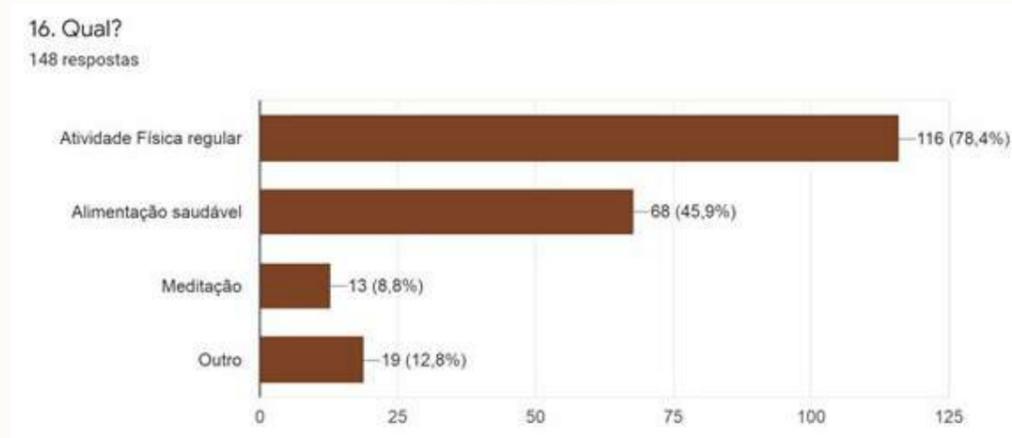
As instalações da Universidade são divididas nos diferentes campi, lotados nas cidades circunvizinhas da macrorregião do Cariri, nos quais o campus localizado na cidade de Juazeiro do Norte-CE é o que apresenta a maior concentração de funcionários locados por setor, este fato se deve à estrutura física que abrange uma grande quantidade de cursos e conseqüentemente uma maior demanda no local. Na sequência temos o Centro Multiuso e os campi em Crato, Barbalha e Brejo Santo com a respectiva distribuição dos funcionários.

Figura 3 - Distribuição de servidores quanto à prática de atividade preventiva de doenças em seu cotidiano



Fonte: Autoria própria (2022).

Figura 4 - Distribuição de servidores quanto à atividade preventiva de doenças em seu cotidiano

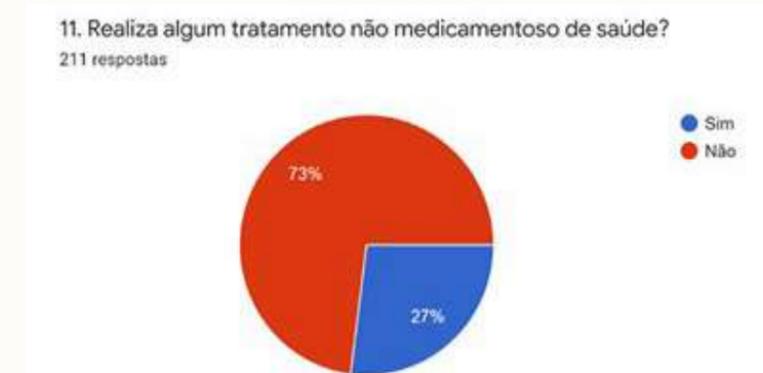


Fonte: Autoria própria (2022).

Felizmente, quando indagados sobre a realização de atividades físicas, a maioria, 70,1%, afirma realizar algum tipo de exercício físico, enquanto os demais 29,9% não realizam. A prática de atividades físicas é imprescindível em qualquer fase da vida e a mudança do estilo de vida que ela proporciona tem impactos positivos para a saúde, especialmente para as pessoas com doenças crônicas (como diabetes e hipertensão arterial). Entre os benefícios, se observa melhora do padrão de sono, aumento do foco, controle emocional e melhora do desempenho do sistema neurológico como um todo, consequentemente proporcionando saúde física e mental (SANTOS JÚNIOR; SILVA, 2019).

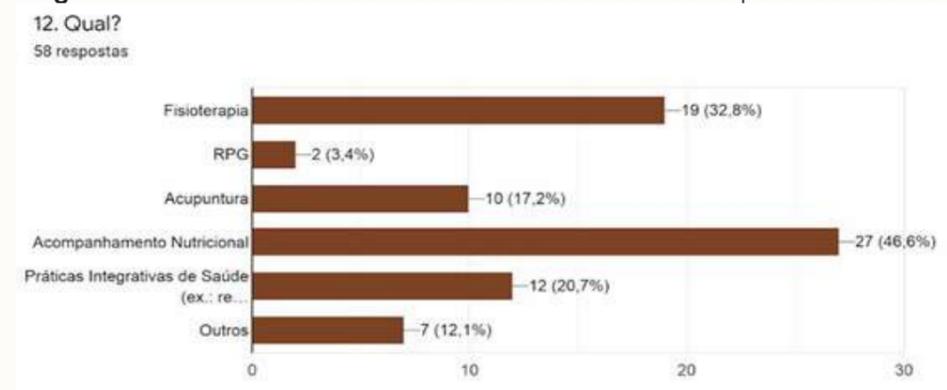
De acordo com os participantes que realizaram as atividades físicas, 78,4% referiram regularidade em suas atividades; 45,9% estava focado na alimentação saudável e 8,8% utilizavam estratégias como a meditação, dentre outros tipos de modalidades. Esse dimensionamento é importante e deve ser integrado à avaliação da necessidade específica para cada indivíduo, realizada por um profissional capacitado, como o fisioterapeuta, o médico, e/ou o profissional de educação física, garantindo a adesão a uma prática segura e eficaz, respeitando a realidade e a necessidade de cada servidor.

Figura 5 - Distribuição de servidores quanto à realização de tratamentos não medicamentosos



Fonte: Autoria própria (2022).

Figura 6 - Tratamentos não medicamentosos realizados pelos servidores



Fonte: Autoria própria (2022).

Quando questionados quanto à realização de tratamentos não medicamentosos em saúde, observou-se que 27% adotaram a esta forma de tratamento, incluindo terapias como a Fisioterapia e a Acupuntura, as quais são descritas como Práticas Integrativas em Saúde e alcançam patamares cada vez maiores de adesão e eficácia em Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.

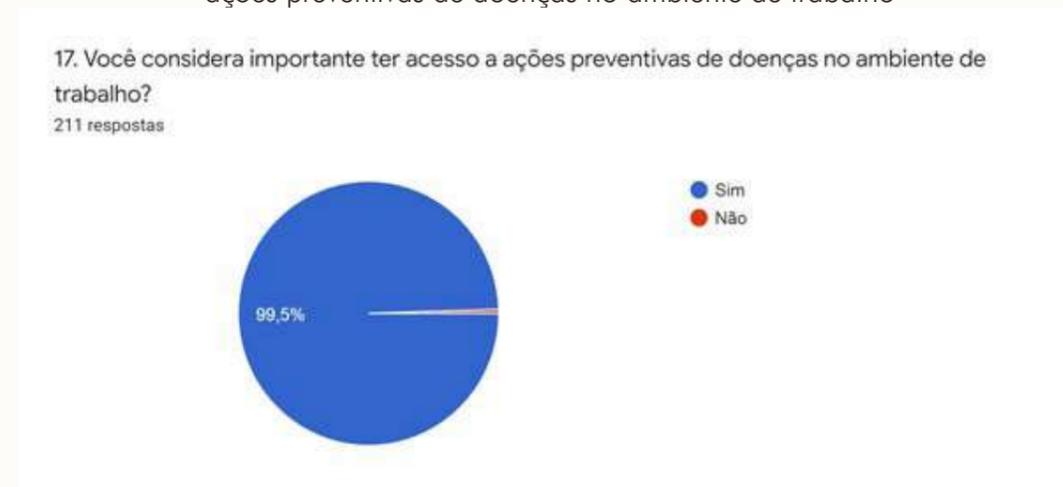
A Fisioterapia adota como cuidado o funcionamento adequado das estruturas corporais e suas ações preventivas e profiláticas têm papel importante nos desconfortos provocados pelo trabalho, diminuindo as causas dos processos algícos, bem como tratando-os. Para o alívio da dor nos sintomas apresentados nos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT's), são empregados recursos físicos e analgésicos, reduzindo o edema e a inflamação, promovendo o relaxamento da musculatura, melhorando assim, as condições circulatórias, reduzindo a dor e potencializando a capacidade funcional dos pacientes (SILVA; MORSCH, 2019).

Uma área de atuação da Fisioterapia, no contexto da UFCA, tem sido as orientações ergonômicas no ambiente laboral, através de palestras educativas, como visitas setoriais, com oferecimento in-locus de recomendações sobre mobiliário, postura e prevenção de lesões.

A Acupuntura, por sua vez, promove o equilíbrio físico, biológico e mental, aumentando a produção de endorfina e serotonina responsáveis pela sensação de bem-estar, sem agredir o corpo e a mente, como os remédios químicos, tratando-se de uma terapia adjuvante no tratamento de diversos quadros como o da ansiedade que faz parte da vida dos trabalhadores, na qual a realização periódica traz efeitos de alívio e bem-estar, corroborando para o sucesso das demais estratégias terapêuticas (FRANCO; QUEIROZ, 2019).

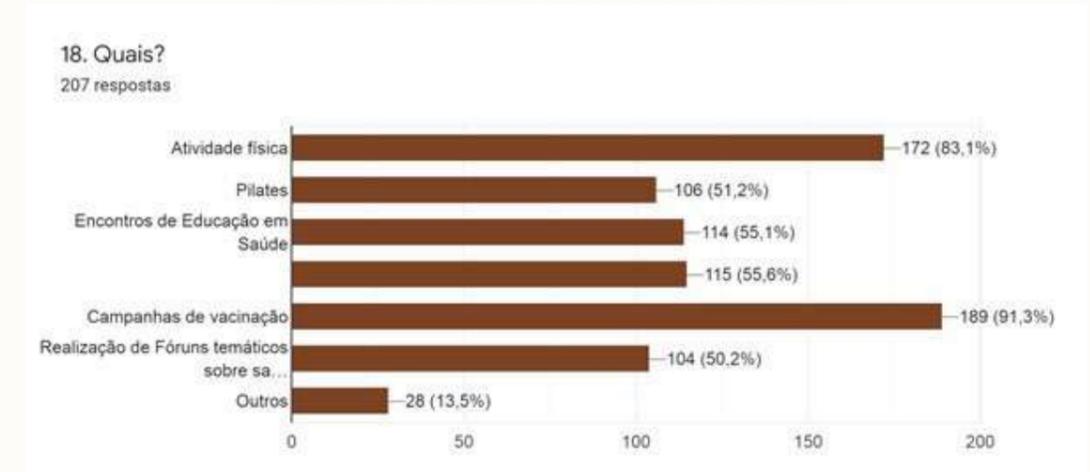
Além dessas práticas anteriormente citadas, observa-se que os participantes têm se preocupado com o acompanhamento nutricional, que é uma ação relevante na mudança de estilo de vida. Quando se utilizam estratégias de promoção de um estilo de vida ativo. Aliados ao acompanhamento nutricional, há um impacto importante na redução do sobrepeso e da obesidade, uma vez que as condutas do profissional nutricionista tem finalidades e particularidades de acordo com as demandas e necessidades específicas de cada indivíduo, além de auxiliar na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, melhorando a qualidade de vida em escala geral (PANATTO *et al.*, 2019).

Figura 7 - Distribuição de servidores quanto à consideração da importância de ações preventivas de doenças no ambiente de trabalho



Fonte: Autoria própria (2022).

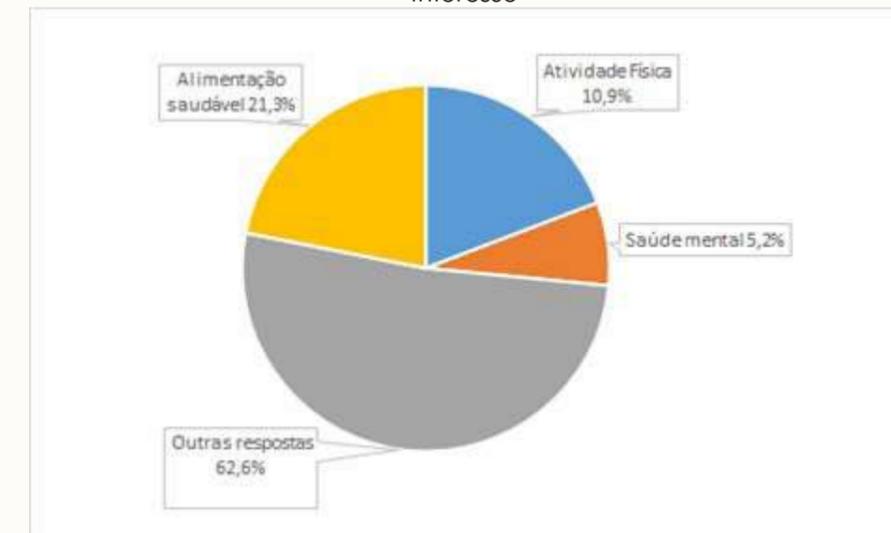
Figura 8 - Distribuição de servidores quanto às ações preventivas de doenças no ambiente de trabalho consideradas relevantes



Fonte: Autoria própria (2022).

De acordo com a pesquisa, a maioria dos entrevistados (99,5%) deseja a realização de ações de promoção da saúde, como a realização das atividades físicas (83,1%), e outras atividades como pilates (51,2%), educação em saúde (55,1%), bem como a realização de campanhas de vacinação (91,3%) e fóruns com temas relacionados à saúde (50,2%).

Figura 9 - Distribuição de servidores quanto aos temas em saúde que despertam interesse

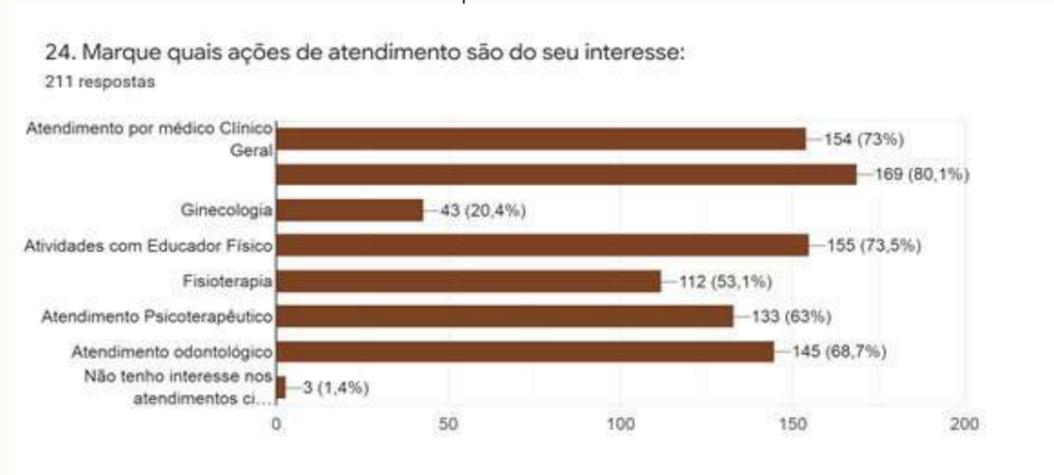


Fonte: Autoria própria (2022).

Observa-se que o interesse da população entrevistada concentra-se nas áreas do autocuidado e que são extremamente necessárias para alcançar um estilo de

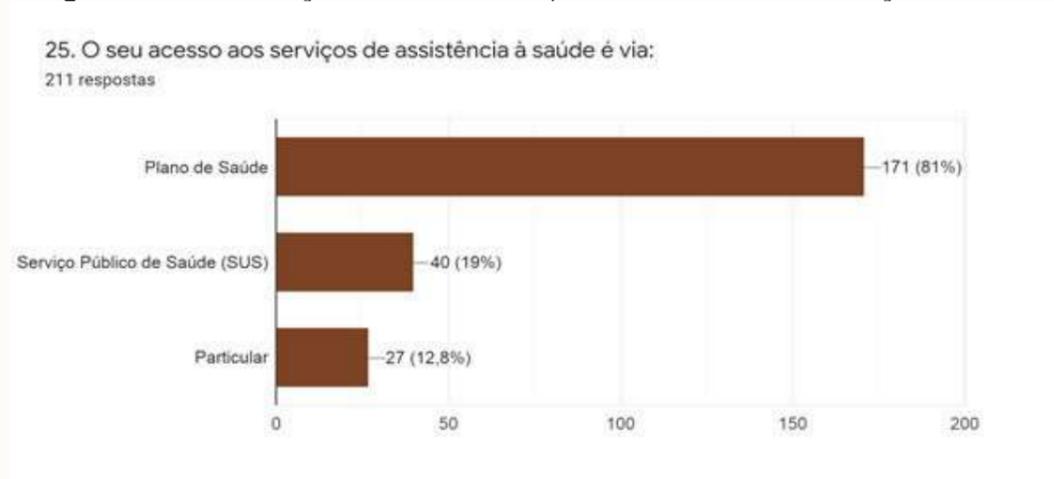
vida saudável, evidenciando a preocupação existente com a saúde, bem como a necessidade de ações que possam fortalecer a adesão e adoção de hábitos saudáveis, e que estes possam ser sustentáveis, indo para além do ambiente laboral.

Figura 10 - Distribuição de servidores quanto aos atendimentos em saúde que despertam interesse



Fonte: Autoria própria (2022).

Figura 11 - Distribuição dos servidores quanto ao acesso aos serviços de saúde



Fonte: Autoria própria (2022).

Tabela 1 - Distribuição de servidores quanto à nota atribuída, numa escala de 0 a 10, ao estado de saúde física, no momento da coleta de dados - 2020

NOTAS DE 1 A 10 PARA O ESTADO DE SAÚDE FÍSICA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Sem resposta	3
1	1
2	1
3	1
4	2
5	17
6	20
7	44
8	72
9	32
10	18
Total de Respostas	211

Legenda: Nota 0 = pior escore para saúde física; Nota 10 = melhor escore para saúde física.

Observando as frequências dessas respostas e a maior predominância de respostas com número 8, nota-se que os participantes têm um nível de saúde física aceitável, no entanto deixam margem para melhorias e para que estas ocorram, são necessárias ações integradas que promovam o cuidado com o aspecto físico dos indivíduos.

Tabela 2 - Distribuição de servidores quanto à nota atribuída, numa escala de 0 a 10, ao estado de saúde emocional, no momento da coleta de dados - 2020

NOTAS DE 1 A 10 PARA O ESTADO DE SAÚDE EMOCIONAL	FREQUÊNCIA RELATIVA
Sem resposta	0
1	0
2	1
3	1
4	1
5	20
6	19
7	50
8	67
9	38
10	14

Total de Respostas	211
---------------------------	------------

Legenda: Nota 0 = pior escore para saúde emocional; Nota 10 = melhor escore para saúde emocional.

Novamente o grande número de respostas concentrou-se na nota 8, que tem um valor próximo ao aceitável. Entretanto, especialmente quando se fala em saúde emocional, há uma relatividade que precisa ser avaliada e há também a necessidade de acompanhamento e ações que trabalhem o acolhimento das demandas de adoecimento mental no ambiente laboral, e que possam agregar estratégias para o controle e equilíbrio emocional dos servidores.

Em uma visão geral, observa-se um público que majoritariamente não possui o hábito de fumar, assim como não sofrem de problemas com acidentes de trabalho. Predominantemente, a maioria possui plano de saúde, no entanto, entendem a importância e demonstram interesse em buscar se aprofundar e aprender mais sobre os possíveis riscos aos quais estão expostos no ambiente de trabalho.

Outra demanda observada foi a procura por profissionais da saúde como clínico geral, profissional de Educação Física, fisioterapeuta e demais membros da equipe de saúde, que possam proporcionar cuidados específicos, orientações e acompanhamento constante. Tal integração é de suma importância para esse público, denotando carência e necessidade de um apoio em saúde mais ampliado, um cuidado mais holístico, que trabalhe questões específicas desse público, evidenciando assim que todos os aspectos que envolvem a qualidade de vida no trabalho são importantes e necessitam de um olhar especial e ações institucionais contínuas, capazes de promover saúde e prevenir agravos nas diversas áreas da vida.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, observou-se uma população de servidores bem variada em relação à sua faixa etária, e que apresentam um estilo de vida satisfatório. No entanto, apresentam muitas demandas e necessidades de adequações em seu processo de trabalho e nas atividades rotineiras que proporcionem saúde e ajudem a prevenir e a combater as morbidades.

Apesar das mudanças que surgiram com o isolamento social observou-se que o público-alvo desta pesquisa em sua maioria manteve-se em contato, participando

das atividades e sempre buscando entender os riscos aos quais estão expostos e melhorar suas condutas a fim de evitá-los.

Ressalta-se ainda a importância da instituição em elaborar um plano de ação de promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho voltado para a realidade e expectativa dos trabalhadores, pois isso aumentará as chances de sua eficácia.

Algumas das limitações encontradas estão relacionadas às limitações de recursos financeiros e humanos, uma realidade observada na maioria das Instituições Públicas de Ensino Superior. Sugere-se a realização de mais estudos, para que possamos aumentar as evidências científicas e reforçar a necessidade de políticas e práticas de promoção da saúde no trabalho.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério Público Federal - **PORTARIA Nº 875, DE 12 DE SETEMBRO DE 2017- Política de Qualidade de Vida no Trabalho e Plano Nacional de Qualidade de Vida no Trabalho no âmbito do Ministério Público Federal.** 2017
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466/2012.** Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.
- CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], n. 9, v. 3, p. 745-749, 2004.
- FARSEN, T. C.; BOEHS, S. T. M.; RIBEIRO, A. D. S. BIAVATI, V. P.; SILVA, N. Qualidade de vida, Bem-estar e Felicidade no Trabalho: sinônimos ou conceitos que se diferenciam? **INTERAÇÃO EM PSICOLOGIA**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 12, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v22i1.48288>.
- FRANCO, L. C.; QUEIROZ, D. B. C. Os benefícios da acupuntura no tratamento da ansiedade. **Revista Scire Salutis**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 8-15, 2019. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2019.003.0002>.
- LI, Y.; SCHOUFOUR, J.; WANG, D. D.; DHANA, K.; PAN, A.; LIU, X.; SONG, M.; LIU, G.; SHIN, H. J.; SUN, Q.; AL-SHAAR, L.; WANG, M.; RIMM, E. B.; HERTZMARK, E.; STAMPFER, M. J.; WILLET, W. C.; FRANCO, O. H.; HU, F. B. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: Prospective cohort study. **The BMJ**, Reino Unido, v. 368, n. 16669, 8 jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.16669>.

MARTINS, M.C.A. A Promoção da saúde: percursos e paradigmas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], n. 9, v. 3, p. 745-749, 2004.

PANATTO, C.; KÜHL, A. M.; VIEIRA, D. G.; BANNEMANN, G. D.; MELHEM, A. R. F.; QUEIROGA, M. R. CARVALHAES M. F. M. Efeitos da prática de atividade física e acompanhamento nutricional para adultos: um estudo caso- controle. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [S. l.], v. 13, n. 78, p. 329-336, mar./abr. 2019. ISSN 1981-9919.

SANTOS JÚNIOR, J. S.; SILVA, D. P. A importância das atividades físicas e hábitos saudáveis na prevenção de doenças. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO DE SERGIPE, 11., 2020, Sergipe. **Anais [...]**. Sergipe: SIMPROD, 2019, p. 144-150, ISSN 2447-0635. Disponível em: <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/12572/2/ImportanciaAtividadesFisicas.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

SOARES, L. F.; SILVA, G. C.; A importância da aplicação da engenharia humana como uma ferramenta de prevenção no ambiente de trabalho: um estudo de caso na empresa de Logística e Transporte Soares Ltda. **Humanidades & tecnologia em revista (FINOM)**, v. 19, n. 1, p. 260-277, 2020. ISSN 1809-1628.

SILVA, L. P. S.; MORSCH, P. Os benefícios da Fisioterapia nas Doenças Osteomusculares Associadas ao Trabalho. **Revista da Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA**, Ariquemes, v. 10, n. 1, p. 182-190, jan./jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.31072>.

TOLFO, S. R. Qualidade de Vida no Trabalho. Em A. Laner, J. B. Cruz Jr. **Indivíduo, organizações e trabalho**. Ijuí: Editora Universidade de Ijuí, 2008.

THEME FILHA, M. M.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 83-96, dez. 2015.

ARTIGO 11

NÍVEL DE LITERACIA PARA SAÚDE DE DOCENTES UNIVERSITÁRIOS DAS CIÊNCIAS EXATAS E DA VIDA

HEALTH LITERACY LEVEL OF UNIVERSITY TEACHERS OF EXACT AND LIFE SCIENCES

Paulo Roberto Pinheiro Brito
Ítalo Emanuel de Sousa Chaves
Lucca Feitosa Esmeraldo
Eduardo Maciel Lima
Bruna Raynara Novais Lima
Maria Rosilene Cândido Moreira

RESUMO

Literacia para Saúde (LS) traduz-se na capacidade das pessoas para receber e interpretar informações, com vistas a possibilitar a tomada de decisões que promovam e mantenham sua saúde (OMS, 2013). O estudo da LS em docentes universitários procura entender como esses profissionais lidam com essas informações. O objetivo do estudo foi avaliar os níveis de Literacia para Saúde de professores do ensino superior e comparar estes níveis entre docentes das áreas das Ciências Exatas e da Vida. Estudo do tipo pesquisa de campo, exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa, com professores do magistério superior atuando em cursos de Engenharia e Enfermagem, situados na região metropolitana do Cariri, estado do Ceará. O instrumento para coleta de dados utilizado foi o European Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT) (SABOGA-NUNES et al., 2013), cujos dados foram tabelados no programa Excel e analisados através do pacote estatístico IBM SPSS, versão 23.0. No geral, pouco mais da metade dos participantes (52,1%) apresentou nível problemático ou inadequado de LS geral, sendo a dimensão Promoção da Saúde a mais preocupante, pois apenas 39,4% dos participantes apresentaram nível suficiente de LS e, comparando-se as áreas de atuação dos docentes, os profissionais do curso de Enfermagem apresentaram maiores níveis na classificação suficiente ou excelente quando comparados aos do curso de Engenharia (76,4%; 21,6%, respectivamente; $p < 0,0001$). Mesmo considerando os níveis altos de LS encontrados junto aos docentes das Ciências da Vida, os resultados gerais encontrados trouxeram importantes reflexões direcionadas a esta categoria laboral, que necessita ser melhor compreendida em suas necessidades e singularidades, de forma que estes trabalhadores, independentemente da área de conhecimento à qual estão vinculados, possam ser acolhidos com ações que visem o aumento nos níveis de LS junto a este público.

Palavras-chave: Literacia para Saúde; Docentes; Enfermagem; Engenharia.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho e a saúde estão profundamente associados, sendo o trabalho fator imperioso na qualidade de vida e, portanto, na saúde da população que desempenha alguma atividade. O aumento do índice de adoecimento de trabalhadores, com reflexo no absenteísmo, a cada ano, acarreta reflexões a respeito da relação entre a dinâmica laboral com o aparecimento de doenças mentais ou psicossomáticas e físicas.

O cenário da educação pode ser considerado um espaço adequado para promover mudanças de comportamento em toda a sua comunidade, quer sejam docentes ou discentes, direcionadas ao conjunto de ações de saúde com objetivo de melhorar a qualidade de vida global e, portanto, da saúde ocupacional, pois considera-se que este lócus detém as condições necessárias para ser o ponto de início na busca pelo conhecimento no campo da saúde, principalmente, através das ações de promoção e prevenção (FERREIRA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2013).

Dessa forma, diversos meios podem ser empregados para que os indivíduos, em seus ambientes diversos, sejam eles familiares, educacionais, de trabalho ou sociais, possam obter conhecimentos, adquirir informações úteis e interpretá-las com o objetivo de melhor realizar e projetar ações visando sua própria saúde, assim como dos demais que com eles convivem. É nesse setting que se insere a perspectiva conceitual da Literacia para a Saúde.

Literacia para Saúde (LS) traduz-se na capacidade das pessoas para receber e interpretar informações, com vistas a possibilitar a tomada de decisões que promovam e mantenham sua saúde (OMS, 2013). Estas informações são oferecidas através de algum material e/ou estratégia inclinada para o alcance da população, como matérias em sites e folhetos com assuntos sobre saúde, mas também por orientações verbais, prescrições médicas e de outros profissionais da saúde, compreensão dos processos terapêuticos e outros recursos, que podem ser acessados em casa, nos serviços de saúde, no local de trabalho ou em outros contextos, como as redes sociais.

A LS tem sido compreendida como um objetivo global de Saúde Coletiva para a Promoção da Saúde, viabilizada por meio de estratégias de educação e comunicação com vistas a melhorar os resultados de saúde de pessoas com níveis de LS inadequados ou insuficientes (KIM *et al.*, 2016; SORENSEN *et al.*, 2012). Nos últimos anos, uma atenção crescente tem sido dada à LS como forma de capacitar

as pessoas e conscientizá-las sobre sua contribuição para a prevenção e Promoção da Saúde (PALUMBO, 2017), tendo intenso alcance também sobre o controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), uma vez que se considera sua atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

A LS possibilita, então, a conscientização das pessoas sobre os DSS e direciona-se para a promoção de ações que possam levar a modificação desses determinantes. Por isso, torna-se fundamental a investidora em oportunidades de ambiência do tema para a população em geral, pois quanto maior o nível de LS, maior as possibilidades de exercício da cidadania, pela qual a pessoa se percebe enquanto sujeito de direito, passando a se interessar pelas questões de saúde e sociais também (SOUSA, 2022).

Portanto, a integração de intervenções que visem melhorar os níveis de LS é essencial para promover a ênfase crescente na saúde da população, prevenção de doenças, promoção da saúde e melhor gestão de doenças agudas e crônicas (JOSEPH, 2015).

Levando em conta a importância dos estudos de LS na sua interface com a saúde ocupacional, acredita-se que o público representado no segmento universitário por docentes das Ciências da Vida detenha melhor compreensão acerca das orientações prestadas por profissionais de saúde nos processos de atenção à saúde e assim consiga ter melhores níveis de LS. Como contraponto, supõe-se que os professores universitários das Ciências Exatas apresentam dificuldades que envolvem, dentre outros aspectos, o acesso, a compreensão e a tomada de atitudes em relação às situações de saúde pelas quais enfrentam.

Verificando-se que o tema da LS surgiu, com maior destaque, na teia de interesse dos pesquisadores brasileiros após a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PERES *et al.*, 2017), investigações relacionadas são plenamente justificáveis, uma vez que ainda são incipientes os trabalhos nesta linha de investigação. Adicionalmente, tais estudos poderão contribuir para elucidar possibilidades de intervenções em saúde junto aos professores universitários, independentemente das áreas de conhecimento às quais se vinculam.

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi avaliar os níveis de Literacia para Saúde de professores do ensino superior e comparar estes níveis entre docentes das áreas das Ciências Exatas e da Vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Literacia para Saúde (LS) consiste na habilidade do indivíduo captar e processar informações sobre a área da saúde de modo a tomar decisões adequadas, prevenir doenças e promover uma vida saudável tanto para a sua vida como também para os seus familiares, assumindo, assim, as respectivas responsabilidades (QUEMELO *et al.*, 2017; ESPANHA; ÁVILA; MENDES, 2015).

Outras definições de LS encontradas na literatura são os conceitos definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Associação Médica Americana (AMA) e pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), sendo as mais comumente encontradas na literatura pertinente.

Segundo a definição proposta pela OMS, a LS representa “as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos obterem acesso, compreenderem e usarem informações de forma a promover e manter uma boa saúde”. Já de acordo com a definição da AMA, é “o conjunto de habilidades, incluindo a de executar leituras básicas e tarefas numéricas necessárias para funcionar no ambiente de cuidado de saúde”. A definição proposta pelo IOM descreve LS como “o grau com que indivíduos possuem a capacidade de obter, processar e compreender informações básicas sobre saúde, bem como os serviços necessários para se tomar decisões apropriadas em saúde” (IOM, 2004; AMA, 1999; NUTBEAM, 1998 apud PAVÃO *et al.*, 2021).

Ressalta-se que a LS se situa além da capacidade de leitura e compreensão de temas em saúde para um indivíduo, pois é também um caminho para questões sociais e políticas que implicam no exercício da cidadania (CRUVINEL *et al.*, 2017), uma vez que possibilita ao indivíduo maior controle e participação na condução do seu estado de saúde, funcionando, assim, como uma ferramenta de empoderamento pessoal.

Extrapolando a esfera pessoal, é possível afirmar que o desenvolvimento e estímulo para a LS também é um fenômeno no âmbito da Saúde Coletiva, sendo compreendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma importante estratégia de Promoção da Saúde (BATISTA *et al.*, 2020) através da melhor tomada de decisões pessoais e gerais nesse contexto (MACEK *et al.*, 2010).

Nessa direção, a LS tem grande importância uma vez que, por exemplo, a

prevenção adequada de doenças crônicas e o seu manejo com o fito de diminuição da progressão exigem um público com esta capacidade, pois assim podem realizar planos de autocuidado, tomar decisões informadas relacionadas a mudanças de comportamento e estilo de vida, aderir planos terapêuticos cada vez mais complexos, e efetivamente comunicar-se com os profissionais de saúde de forma mais efetiva (PLEASANT, 2014).

Tendo em vista a importante correlação entre o nível de LS e os diversos desfechos em saúde, é possível referir que níveis baixos estão associados com maior morbimortalidade e menor qualidade de vida, além de menor adesão aos serviços preventivos, aumento no número de internações hospitalares por tempo prolongado, bem como influência sobre as taxas de mortalidade precoce e menor adesão às terapêuticas (PAVÃO; WERNECK, 2021).

Conforme o inquérito sobre LS realizado em Portugal em relação ao índice geral de LS, 11% da população estudada tinha um nível inadequado e 38% nível problemático. Nesse contexto, foi possível identificar alguns grupos sociais mais vulneráveis, como os indivíduos com 66 anos ou mais, com baixos níveis de escolaridade e possuindo doenças crônicas, entre outros grupos (ESPANHA; ÁVILA; MENDES, 2015).

Compreende-se, então, que a LS, por ser considerada uma capacidade humana, encontra assento tanto no contexto comunitário (LS das pessoas da comunidade) como nos espaços laborais (LS dos trabalhadores), sendo pertinente sua abordagem nos diversos segmentos e nas variadas oportunidades de incentivo à melhoria dos seus níveis entre as populações.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho se caracteriza como pesquisa de campo, exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa. Compuseram o universo desta investigação professores do magistério superior que atuam na região metropolitana do Cariri.

Como cenário de pesquisa, foram selecionados os cursos de engenharia e enfermagem sediados em duas instituições públicas de ensino superior situadas ao sul do estado do Ceará, Brasil. Esses cursos foram selecionados por preencherem o maior quantitativo de docentes em atividade dos cursos em funcionamento em

cada instituição, e por representarem duas grandes áreas do conhecimento, segundo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), correspondendo a Ciências da Vida e Ciências Exatas.

Como critério para seleção dos cursos, foram identificadas as universidades brasileiras que possuem cursos inseridos nas áreas de Ciências da Vida e Ciências Exatas presentes no sul do estado do Ceará, por meio de buscas baseadas na web. O sítio eletrônico do Ministério da Educação (e-MEC) foi empregado como base para a procura de contatos dos dirigentes dos respectivos cursos. As páginas das Universidades também foram exploradas com o mesmo fim. Foi efetuado o contato via e-mail com dirigentes localizados, esclarecendo-os sobre a pesquisa e solicitando os e-mails dos docentes de cada curso. A partir daí, foram enviados aos convidados o resumo do projeto de pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para preenchimento e, após devolução deste último, o link direcionando para a página do questionário eletrônico.

Abriu-se uma linha de comunicação via e-mail para resolver possíveis dúvidas dos professores em relação à pesquisa. Para potencializar a taxa de resposta, foram enviados sucessivos e-mails aos docentes que não responderam no período dedicado à coleta de dados, em tentativas de até cinco e-mails. Dessa forma, a coleta de dados foi desenvolvida nos meses de maio a agosto de 2021.

Constituiu-se instrumento de coleta de dados para esta pesquisa o questionário European Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT) (SABOGA-NUNES *et al.*, 2014). É composto de 47 questões no formato de escala de quatro pontos, avaliando competências relacionadas com o acesso, compreensão, avaliação e utilização da informação relacionada com a saúde. As respostas são avaliadas de acordo com três grandes domínios: Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, analisando a autopercepção e autoavaliação das competências frente às situações-problema relacionadas com a saúde que dependem de questões socioculturais, competências sociais, cognitivas e de atitudes e valores.

O questionário eletrônico foi construído e disponibilizado pela plataforma Google Forms. Os dados obtidos foram digitados e analisados com auxílio do programa Excel e exportados para análise no pacote estatístico IBM SPSS, versão 23.0. A não normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Nesse sentido, as associações entre as variáveis categóricas foram estudadas a partir

dos testes não-paramétricos Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. Quando a variável numérica apresentou apenas dois níveis, foi utilizado o teste de Mann-Whitney e quando três ou mais o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância para todos os testes foi considerado quando $p < 0,05$.

É válido destacar que este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Cariri e encontra-se aprovado sob o parecer de número 3.414.968 (disponível para consulta pública na Plataforma Brasil). Além desta aprovação, como forma de atender às exigências ético-legais brasileiras, foram obedecidos todos os demais itens dispostos na Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), assim como as orientações detalhadas na Resolução 510 do mesmo Conselho a qual dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes (BRASIL, 2016), especialmente quanto à orientação aos participantes sobre os objetivos, finalidade e riscos do estudo, além da garantia do anonimato dos mesmos e do direito de se retirarem da investigação a qualquer momento, sem que isso acarrete algum prejuízo.

É imperativo ainda mencionar que o preenchimento dos questionários só foi efetuado mediante prévia autorização expressa da Unidade Acadêmica/Departamento de Ensino de lotação do participante e pelos próprios docentes, formalizados pela Carta de Anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respectivamente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo um total de 71 docentes, sendo 37 do curso de Engenharia e 34 do curso de Enfermagem. Com base em um recorte do perfil sociodemográfico e ocupacional desses participantes (Tabela 1), verificou-se a predominância de indivíduos casados, com filhos e renda familiar acima de 10 salários mínimos, perfil também identificado em estudo semelhante com docentes de um programa de pós-graduação (SILVA *et al.*, 2021).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e ocupacionais dos docentes. Barbalha, Ceará, 2021

VARIÁVEIS		Nº	%
Sexo	Masculino	41	57,7
	Feminino	30	42,3
Curso	Enfermagem	34	47,9
	Engenharia	37	52,1
Estado Civil	Casado	53	74,6
	Solteiro	14	19,7
	Divorciado	04	5,6
Filhos	Sim	49	69
	Não	22	31
Raça/Cor	Negra	01	1,4
	Branca	39	54,9
	Parda	01	1,4
	Indígena	30	42,3
Religião	Católica	49	69,0
	Evangélica	09	12,7
	Espírita	04	5,6
	Umbanda	02	2,8
	Sem religião	07	9,9
Renda	Acima de 20 SM	07	9,9
	10 a 20 SM	39	54,9
	4 a 10 SM	21	29,6
	2 a 4 SM	04	5,6
Regime de trabalho	40 horas + DE	59	83,1
	20 horas	02	2,8
	40 horas	09	12,7
	Outro	01	1,4
TOTAL		71	100,0

Legenda: SM = Salário Mínimo; DM = dedicação exclusiva.

Fonte: Autoria própria (2021).

Ao analisar as diferenças entre os cursos avaliados (Tabela 2), percebeu-se que o curso de Enfermagem apresentou um predomínio factual nas dimensões Suficiente/Excelente, superiores aos dados obtidos no curso de Engenharia (76,4%; 21,6%, respectivamente), com diferença significativa entre os grupos ($p < 0,0001$).

Tabela 2 – Nível de Literacia para Saúde dos docentes, por curso. Barbalha, Ceará, 2021.

CLASSIFICAÇÃO	CURSO				p*
	Enfermagem		Engenharia		
	nº	%	nº	%	
Inadequada	01	2,9	08	21,6	0,0001
Problemática	07	20,6	21	56,8	
Suficiente	16	47,1	08	21,6	
Excelente	10	29,4	00	0,0	
TOTAL	34	100,0	37	100,0	

*Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Autoria própria (2021).

A diferença verificada entre os cursos pode ser justificada pela característica da LS em ser produto de condições sociais, pessoais, políticas, econômicas e ambientais dos docentes, como exemplo, locais que apresentam maior acessibilidade de informações, ambiente hospitalar ou serviços de saúde (KIRCHHOFF *et al.*, 2022). Supõe-se, portanto, que docentes do curso de Enfermagem apresentam maior nível de LS devido corresponderem a tais critérios, diferenciando-se assim dos professores do curso de Engenharia. A análise geral dos níveis de LS por dimensões está ilustrada na Tabela 3.

Tabela 3 - Nível de Literacia para Saúde dos docentes, segundo suas dimensões. Barbalha, Ceará, 2021

DIMENSÕES		Nº	%
Cuidados de Saúde	Inadequada	11	5,51
	Problemática	25	5,23
	Suficiente	23	2,43
	Excelente	12	6,91
Prevenção de Doenças	Inadequada	07	9,9
	Problemática	17	23,9
	Suficiente	27	38,0
Promoção da Saúde	Excelente	20	28,2
	Inadequada	15	21,1
	Problemática	28	39,4
	Suficiente	24	33,8
	Excelente	04	5,6

Literacia para Saúde Geral	Inadequada	09	12,7
	Problemática	28	39,4
	Suficiente	24	33,8
	Excelente	10	14,1

Fonte: Autoria própria (2021).

Foi na dimensão Promoção da Saúde que se destacaram os valores mais preocupantes de LS no público investigado, na qual apenas 39,4% dos respondentes apresentaram um nível Suficiente/Excelente de LS. Sobre a dimensão Cuidados de Saúde, 50,7% da população inquirida apresentou nível Inadequado ou Problemático, enquanto que na dimensão Prevenção de Doenças os docentes apresentaram valores satisfatórios, com 66,2% dos respondentes apresentando nível Suficiente ou Excelente. Quanto ao nível geral de LS, 52,1% dos participantes apresentaram nível de LS Problemático ou Inadequado.

Os resultados demonstram que os docentes universitários apresentaram níveis de LS preocupantes, o que pode acarretar algumas reflexões. Menores taxas de LS estão associadas a limitações sobre sua própria percepção de saúde, obtenção de menos cuidados preventivos, que incluem o estilo de vida saudável, com a prática de exercícios físicos e alimentação equilibrada, descontrole de doenças crônicas, disfunção de saúde física e mental e aumento na demanda por serviços de saúde de emergência (GAZMARARIAN et al., 2003; BAKER et al., 2002; WOLF et al., 2005; SCOTT et al., 2002).

Com base nessas considerações, o ambiente educacional pode ser ponto de partida fundamental para melhorar a qualidade de vida e conseqüentemente a saúde global desses trabalhadores, tendo em vista que esse lócus apresenta os requisitos básicos para produção e disseminação do conhecimento sobre saúde, em especial, através das ações de prevenção e promoção, além de desenvolver a noção de responsabilidade social e capacitar os indivíduos na participação como sujeitos de seu processo de saúde (FERREIRA et al., 2013; FAIAL et al., 2016). Partindo-se de um contexto em que não se apresenta nível adequado ou suficiente de LS entre aqueles que direcionam esse lócus educacional, tem-se, portanto, um problema estrutural que gera conseqüências a longo prazo.

Ao avaliar a dimensão Promoção de Saúde, somente 39,4% dos respondentes se encontraram com grau Suficiente/Excelente. O acesso à educação por si só é geralmente insuficiente para alcançar grandes objetivos de saúde, é importante

reconhecer que altos níveis de alfabetização, considerando-se na capacidade de ler e escrever, não são garantia de que uma pessoa responderá de maneira desejada às atividades de educação e comunicação em saúde (NUTBEAM, 2000). Ter Literacia para Saúde é ter controle sobre os eventos da vida, sobre a saúde individual, sobre a capacidade de procurar informação e de assumir responsabilidades (SILVA et al., 2021).

A Promoção da Saúde tem o potencial para fomentar a capacitação das pessoas para cuidar de si e da sua comunidade, melhorando a qualidade de vida e adquirindo estilo de vida saudável (WILBERG et al., 2019). No entanto, embora indivíduos com menores níveis de escolaridade possam ter significativamente menor chance de terem um nível de LS considerado excelente, percebe-se que o real domínio da autopercepção de saúde ainda encontra barreiras significativas para serem superadas (PAVÃO et al., 2021).

A qualidade de vida é um importante aspecto a ser considerado quando se discute Promoção de Saúde de docentes, sobre os quais são atribuídas uma alta carga de funções no cotidiano de suas atividades de trabalho. A Promoção da Saúde envolve um conjunto de programas, políticas e estratégias que visam produzir saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, caracterizada pela articulação e cooperação de diversos setores, com ações voltadas a evitar que os indivíduos se exponham a fatores causadores de doenças, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018).

Por essa razão, promover saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que atingem as populações humanas, sendo um meio de assegurar igualdade de oportunidades e proporcionar que as pessoas realizem seu potencial de saúde (BUSS, 2000). Nesse sentido, o Ministério da Saúde propôs em 2006, com revisão em 2014, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), como instrumento para o enfrentamento dos desafios atinentes às ações de saúde, estabelecendo eixos operacionais como estratégias para concretizar ações de Promoção da Saúde e modificar o modo de organização, planejamento, realização do trabalho nesse campo.

Contudo, novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários dão ênfase ao fato de que as políticas governamentais brasileiras vigentes refletem muito mais o modelo de atenção pautado no ciclo da doença-prevenção, de caráter individual e de controle clínico-epidemiológico dos riscos, enfatizando-se o binômio cura-

prevenção, do que a compreensão estabelecida que insere a saúde - e não a doença - na agenda de prioridades políticas nesse setor (FREITAS; MANDÚ, 2010).

Sob outra perspectiva, defende-se que a PS deva ser vislumbrada enquanto caráter de empoderamento do indivíduo, envolvendo diretamente a participação dos sujeitos nas decisões, na forma como estes fazem suas escolhas, evidenciando uma estreita relação entre o potencial de participação dos sujeitos e a distribuição de poderes nesses espaços (CARVALHO, 2008). Os resultados obtidos com ações voltadas à PS representam a realidade de condições pessoais, psicossociais, culturais e estruturais que podem ser modificadas para alterar os determinantes da saúde.

Considerando os achados deste estudo quanto às dimensões da LS e dos níveis globais obtidos, almeja-se que os docentes dos cursos investigados consigam melhorar seus níveis de Literacia para Saúde, o que pode se dar por meio de ações realizadas em seus próprios ambientes de trabalho para acesso à informação correta sobre saúde, pois assim poderão compreendê-las, fazer escolhas e agir conforme essas decisões, e assim serem efetivamente protagonistas do cuidado de si, no constante exercício da cidadania.

5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados trouxeram importantes reflexões acerca dos níveis de Literacia para Saúde dos docentes das áreas das Ciências Exatas e da Vida, e da necessidade de ações visando aumento nesses níveis junto a este público, considerando suas necessidades e singularidades, além do contexto laboral.

Ações que promovam mais acesso e melhor compreensão acerca das informações sobre saúde se tornam recursos fundamentais para promover melhores níveis de Literacia para Saúde, com repercussões sobre a qualidade de vida e saúde, devendo ser estratégia presente nos diversos cenários laborais, em especial, no setting dos docentes universitários.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi desenvolvido com apoio do CNPq, da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e da Universidade Federal do Cariri (UFCA).

REFERÊNCIAS

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. AMA. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health literacy: report of the council on scientific affairs. **JAMA**, p. 552-557, Feb. 1999.

GAZMARARIAN, J.; WILLIAMS, M. V.; PEEL, J.; BAKER, D. W. Health literacy and knowledge of chronic disease. **Patient Education And Counseling**, [S. l.], v. 51, n. 3, p. 267-275, Nov. 2003. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00239-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00239-2).

BAKER, D. W.; GAZMARARIAN, J. A.; WILLIAMS, M. V.; SCOTT, T.; PARKER, R. M.; GREEN, D.; JUNLING, R.; PEEL, J. Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 8, p. 1278-1283, Ago. 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.92.8.1278>.

BATISTA, M. J.; MARQUES, A. C. P. de; SILVA JUNIOR, M. F.; ALENCAR, G. P.; SOUSA, M. L. R. de. Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica da versão em português (brasileiro) do 14-item Health Literacy Scale. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 7, p. 2847-2857, jul. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020257.22282018>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012, aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510**, de 07 de abril de 2016, dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PnaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100014>.

CARVALHO, G. S. ARAÚJO, M. C. P.; BOFF, E. T. O.; TRACANA, R. B.; SABOGA-NUNES, L. European health literacy scale (HLS-EU-BR) applied in a Brazilian higher education population of Rio Grande do Sul (RS). **Conference**, p. 1289-1295, 2015.

BANDURA, A. **Self-efficacy**: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company, 1997.

CARVALHO, Sérgio Resende. Promoción de la Salud: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 4, n. 3, p. 335-347, set./dez. 2008. Universidad Nacional de Lanus. DOI: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2008.349>.

CRUVINEL, A. F. P.; MÉNDEZ, D. A. C.; OLIVEIRA, J. G.; GUTIERRES, E.; LOTTO, M. MACHADO, M. A.; OLIVEIRA, T. M.; CRUVINEL, T. The Brazilian version of the 20-item rapid estimate of adult literacy in medicine and dentistry. **PeerJ**, [S. l.], v. 5, 29 ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.7717/peerj.3744>.

ESPANHA, Rita; ÁVILA, Patrícia; MENDES, Rita Veloso. **Literacia para a Saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2015. 15 p.

FAIAL, L. C. M.; SILVA, R. M. C. R. A.; PEREIRA, E. R.; REFRANDE, S. M.; SOUZA, L. M. do C.; FAIAL, C. S. G. A escola como campo de promoção à saúde na adolescência: revisão literária. **Revista Pró-Universus**, Niterói, v. 2, n. 7, p. 22-29, jan./jun. 2016.

FERREIRA, H. S.; OLIVEIRA, B. N.; SAMPAIO, J. J. C. Análise da percepção dos professores de educação física acerca da interface entre a saúde e a educação física escolar: conceitos e metodologias. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 673 - 685, 2013.

FREITAS, Maria de Lourdes de Assis; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 200-205, abr. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002010000200008>.

INSTITUTE OF MEDICINE; COMMITTEE ON HEALTH LITERACY; NIELSEN-BOHLMAN, L. PANZER, A. M.; KINDIG, D. A. (Org.). **Health literacy**: a prescription to end confusion. Washington DC: The National Academies, 2004. DOI: <https://doi.org/10.17226/10883>.

PARNELL, T. A. **Health Literacy in Nursing**: Providing Person-Centered Care. New York: Springer Publishing Company, 2015. 302 p.

KIM, S. H.; LEE, A. Health-literacy-sensitive diabetes self-management interventions: A systematic review and meta-analysis. **Worldviews on evidence-based nursing**, v. 13, n. 4, p. 324-333, ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/wvn.12157>.

KIRCHHOFF, S.; DADACZYNSKI, K.; PELIKAN, J. M.; ZELINKA-ROITNER, I.; DIETSCHER, C. BITTLINGMAYER, U. H.; OKAN, O. Organizational Health Literacy in Schools: concept development for health-literate schools. **International Journal of Environmental Research And Public Health**, v. 19, n. 14, p. 1-12, jul. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19148795>.

MACEK, M. D.; WELLS, W.; BAUER-LEFFLER, S.; COTTEN, A.; PARKER, R. M. Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 70, n. 3, p. 197-204, jun. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-7325.2010.00165.x>.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, v. 15, n. 3, p. 259-267, set. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.

NUTBEAM, D. Health promotion glossary. **Health Promotion International**, v. 13, n. 4, p. 349-364, dez. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Health literacy**: The solid facts. Copenhagen: OMS, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

PALUMBO, R. **The bright side and the dark side of patient empowerment**. Cham: Springer International Publishing, 2017.

PAVÃO, Ana Luiza Braz; WERNECK, Guilherme Loureiro. Literacia para a saúde em países de renda baixa ou média: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 9, p. 4101-4114, set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.05782020>.

PAVÃO, Ana Luiza Braz; WERNECK, Guilherme Loureiro; SABOGA-NUNES, L.; SOUSA, Rosane Aparecida de. Avaliação da literacia para a saúde de pacientes portadores de diabetes acompanhados em um ambulatório público. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, n. 10, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00084819>.

PERES, P. C. N.; PESSOA, K. R.; BERNUCI, M. P.; MASSUDA, E. M.; YAMAGUCHI, M. U. Literacia em saúde no Brasil: estudo cienciométrico. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v. 14, n. 25; p. 1592-1589, 2017. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2017a/sau/literacia.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.18677/EnciBio_2017A132.

PLEASANT, Andrew. Advancing Health Literacy Measurement: a pathway to better health and health system performance. **Journal of Health Communication**, [S. l.], v. 19, n. 12, p. 1481-1496, Dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2014.95>

4083.

QUEMELO, Paulo Roberto Veiga; MILANI, Daniela, BENTO, V. F.; VIEIRA, Edgar Ramos; ZAIA, Jose Eduardo. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 1-15, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00179715>.

SABOGA-NUNES, L. Adaptação transcultural e validação para o português do inquérito europeu de literacia em saúde (HLS-EU-PT). **Atencion Primaria**, v. 46, n. 13, 2014.

SCOTT, T. L.; GAZMARARIAN, J. A.; WILLIAMS, V. M. BAKER, D. W. Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. **Medical Care**, [S. l.], v. 40, n. 5, p. 395-404, May. 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200205000-00005>.

SILVA, Sumayra Oliveira; KARWOSKI, Acir Mário; TEIXEIRA, Luciana Almeida Silva. Saúde e docentes em uma sociedade adoecida: um estudo no campo da pós-graduação em educação. **Temas em Educação e Saúde**. Araraquara, v. 17, [s. n.], 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.26673/tes.v17i00.15393>. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/15393>. Acesso em: 28 set. 2022.

SORENSEN, K.; BROUCKE, S. V.; FULLAM, J.; DOYLE, G.; PELIKAN, J.; SLONSKA, Z.; BRAND, H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 1-13, 2012.

SOUSA, R. A. Literacia para a saúde: habilidades para lidar com as informações sobre saúde podem ajudar a construir novos caminhos na saúde pública. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 175-187, jan./mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v16i1.3221>. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3221>. Acesso em: 28 set. 2022.

WILBERG, Angelika; SABOGA-NUNES, Luis; STOCK, Christiane. Are we there yet? Use of the Ottawa Charter action areas in the perspective of European health promotion professionals. **Journal of Public Health**, v. 29, n. 1, p. 1-7, Jul. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-019-01108-x>.

WOLF, Michael S.; GAZMARARIAN, Julie A.; BAKER, David W. Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. **Archives of Internal Medicine**, [S. l.], v. 165, n. 17, p. 1946, Sept. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946>.

ARTIGO 12

SÍNDROME *BURNOUT* E FATORES ASSOCIADOS EM DOCENTES DO MAGISTÉRIO SUPERIOR

BURNOUT SYNDROME AND RELATED FACTORS IN HIGHER EDUCATION LECTURER

Mauricio Lima da Silva
Aparecido Daniel Lino da Silva
Francisco Elizauo de Brito Junior
Maria Pamela Silva
Murilo Rocha Pereira Junior
Álissan Karine Lima Martins

RESUMO

O ser humano, por viver em uma sociedade desigual, necessita de pilares para conseguir uma boa qualidade de vida, dentre eles, está o aspecto profissional. Os ambientes de trabalho inicialmente focados no bem estar, se tornaram um fator de adoecimento mental, sendo a docência uma das profissões que mais possuem aspectos desencadeadores de síndromes mentais, a exemplo da síndrome de Burnout. Essa síndrome caracteriza-se por uma pessoa que chegou ao seu limite e sente-se esgotada, apresentando desgaste físico, mental e emocional associado ao trabalho. Nesse contexto, se tornou necessário realizar uma pesquisa de caráter descritiva e exploratória com abordagem quantitativa e transversal, tendo como objetivo avaliar a ocorrência da Síndrome de Burnout e fatores associados em docentes de uma instituição de ensino superior. Observou-se que a titulação de pós-doutorado apresentou baixa ilusão no trabalho, as mulheres e divorciados foram avaliados com alto nível de desgaste psíquico e os com idade entre 36 a 45 anos estão sensíveis ao desgaste psíquico. Os profissionais que detêm renda entre quatro a cinco salários mínimos mensais apresentam os maiores níveis de indolência e sentimento de culpa e os docentes com mais de um vínculo empregatício mantêm a maior pontuação para ilusão pelo trabalho. Esses resultados corroboram com a instituição investigada, para que subsidiem intervenções que possam contribuir para minimizar os casos da Síndrome de Burnout nos docentes e assim beneficiar também os alunos e gestores.

Palavras-chave: Síndrome *Burnout*; Docência; Saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho exerce papel central na vida humana, por meio dele o cidadão obtém seu sustento, constrói sua identidade e vínculos sociais (DUTRA *et al.*, 2016; HOFFMANN; ZILLE, 2017). Assim, o ambiente de trabalho constitui um espaço com influência direta na saúde e qualidade de vida, exigindo estratégias para proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores (OMS, 2010).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), no Brasil, de 2012 a 2021, foram registradas 6,2 milhões de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) e 22.954 pessoas morreram em acidentes de trabalho (OIT BRASÍLIA, 2022).

Nesta perspectiva, a saúde do trabalhador está integrada nas Normas Regulamentadoras (NR), que tratam dos aspectos relacionados à segurança, saúde e bem estar dos trabalhadores nos mais diversos contextos de trabalho e as Leis Orgânicas em Saúde, Lei 8.080 de 1990 e Lei 8.142 de 1990, que atribuem ao Sistema Único de Saúde (SUS), a responsabilidade de desenvolver ações voltadas à saúde do trabalhador, com assistência integral e qualificada (BRASIL, 1990a; 1990b).

Entretanto, muitos ambientes de trabalho apresentam-se como locais influenciadores de adoecimento, prejudicando a saúde física, mental e social do trabalhador (ZINET, 2012).

Dentre as diversas profissões, este estudo tem imersão nas questões relacionadas à saúde do docente de ensino superior, pois se trata de uma classe profissional propícia ao desenvolvimento de doenças e agravos relacionados ao ambiente laboral, pela sobrecarga de atividades que levam a um desgaste físico, psicológico e social, fatores que interferem diretamente na sua qualidade de vida (QV) (MEDEIROS NETO *et al.*, 2012).

Sob este ponto, é importante compreender que a ausência de qualidade de vida no trabalho (QVT) acarreta impactos negativos na saúde física e emocional dos funcionários, prejudicando não somente a vida do trabalhador, como também o da empresa.

O local de trabalho é o ambiente onde os docentes passam a maior parte do seu dia, fatores como a carga horária de trabalho, salários baixos, condições inadequadas de trabalho, a falta de atividade física e momentos de lazer, problemas

com a chefia, sobrecarga de funções, que vão além das salas de aulas e tem um grande potencial de interferir na sua QV (FERREIRA *et al.*, 2017).

Esses fatos proporcionam o surgimento do estresse ocupacional, ocasionando um desgaste físico e emocional, decorrente da dificuldade em cumprir todas as demandas exigidas (CARLOTTO, 2011).

Quando o estresse se torna crônico deixa os profissionais em risco de desenvolver a Síndrome de Burnout (SB), que se trata de uma resposta prolongada a estressores crônicos emocionais e interpessoais. Esse problema vem despertando o interesse de estudiosos, apontando que os docentes são uma das classes de trabalhadores mais afetadas (SILVA *et al.*, 2015).

O Burnout é uma Síndrome de evolução lenta e cumulativa, de difícil percepção no seu início, com sintomatologia interligada aos aspectos físicos, psíquicos, emocionais e comportamentais. Alguns dos sinais da SB incluem dificuldade de concentração, perda de comprometimento, irritação, ansiedade, medo, dores musculares, cefaleia, problemas gastrointestinais, imunodeficiência, alterações no ciclo menstrual, dificuldade de memorização, baixa autoestima, consumo de substâncias que antes não usava ou o aumento do consumo se já usava anteriormente (ZANATTA; LUCCA, 2015).

Deste modo, alguns questionamentos surgem: Será que os docentes de ensino superior estão em risco de desenvolver a SB? Quais os determinantes demográficos, sociais e profissionais podem interferir no surgimento da SB? Isto posto, sinaliza-se que este estudo tem por objetivo avaliar a existência de SB e os fatores associados no trabalho dos docentes de ensino superior.

Portanto, surgiu o interesse de se realizar uma pesquisa para caracterizar os profissionais da universidade que estão mais sensíveis ao Burnout, buscando estratégias de enfrentamento, e assim contribuindo com atuação profissional e crescimento da instituição.

Este trabalho faz parte de um projeto maior, que objetiva avaliar a qualidade de vida no trabalho e o nível de estresse ocupacional de todos os servidores de uma universidade para a construção de indicadores de saúde, com o intuito da criação de um Núcleo Interdisciplinar de Apoio ao Servidor (NIAS), na universidade em qual se desenvolve o estudo. Esse núcleo tem como objetivo a promoção da saúde mental como acompanhamento dos aspectos ocupacionais, sociais e psicológicos, atuando

de forma preventiva e terapêutica. O núcleo subsidiará a implantação de uma política de atenção à saúde do servidor no ambiente universitário.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Síndrome de Burnout: o que é e quais dimensões a compõem

O termo burnout é derivado de um jargão inglês, que significa “aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia”. Dessa forma, a Síndrome de Burnout caracteriza uma pessoa que chegou ao seu limite e sente-se esgotada. O indivíduo com Síndrome de Burnout é aquele que apresenta estafa física, mental e emocional associada ao trabalho (CÂNDIDO; SOUZA, 2017). Outro estudo traz o Burnout como uma síndrome psicológica agregada a crises crônicas de estresse no trabalho, sendo mais presente naqueles que se relacionam intensamente com outras pessoas (MENEZES *et al.*, 2017).

A SB é caracterizada por quatro dimensões: ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, indolência e culpa. A ilusão pelo trabalho é a dimensão que se avalia se o profissional possui boas expectativas e pensamentos positivos em seu trabalho, e se está realizado profissionalmente. O desgaste psíquico é caracterizado pelo esgotamento físico e mental, manifestando constante cansaço e fadiga para desempenhar as atividades diárias no ambiente de trabalho. A indolência é caracterizada pela frieza, atitudes negativas e distanciamento nas relações interpessoais, se têm a dificuldade de demonstrar sentimentos. A culpa sempre vem atrelada à presença de outra dimensão, pois o profissional passa a se sentir culpado pelas ações e atitudes tomadas (GILMONTE *et al.*, 2010).

2.2 Síndrome de Burnout em profissionais docentes

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho, a docência é uma das profissões mais estressantes, com forte incidência de elementos que conduzem à Síndrome de Burnout, o que compromete diretamente o processo de ensino-aprendizagem e a qualidade do trabalho pedagógico (LEAL DO PRADO *et al.*, 2017).

Nessa dinâmica de ensino, os professores enfrentam estressores específicos como tarefas administrativas, falta de interesse e indisciplina de alunos, falta de estrutura e recursos, falta de diálogo e apoio de administradores, gestores e pais;

além da falta de reconhecimento social. Tais fatos geram sobrecarga de papéis e de trabalho diminuindo e prejudicando a capacidade criativa do professor, aumentando seus afastamentos do trabalho (DALCIN; CARLOTTO, 2018).

O trabalho docente é marcado por uma extensa jornada de atividades propostas pela instituição, isso aliado à extensão de atividades para o domicílio, prejudica a qualidade de vida pessoal e interpessoal, ocasionando quadros de ansiedade, depressão e problemas psíquicos (DIAS; SILVA, 2020). O ensino compreende uma alta demanda de responsabilidade e compromisso com as necessidades que os alunos têm. Ante essas peculiaridades, o profissional docente vai de encontro a sobrecarga, insatisfação pessoal, estresse, desconforto pessoal e familiar, exaustão física, mental, emocional (ÁLVARO; JAIME; VALVERDE, 2018).

De acordo com Petto *et al.* (2017, p. 80): “... o somatório da desmotivação e o excesso de trabalho podem resultar no desinteresse e na fadiga que retroalimenta o estresse físico e psicológico”. De frente ao estresse diário no ambiente de trabalho surgem sentimentos de hostilidade, tensão, ansiedade, frustração e depressão (MIGUEZ; BRAGA, 2018).

Em atenção à saúde docente, estratégias podem ser efetivadas para decréscimo do estresse, sendo apontadas: um sistema mais aberto de administração; um ambiente físico agradável; a garantia de satisfação no trabalho e motivação do profissional e equilíbrio na demanda de atribuições (MIGUEZ; BRAGA, 2018).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

É uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa e transversal, que teve como objetivo avaliar a ocorrência da Síndrome de Burnout e fatores associados em docentes do ensino superior. Vale ressaltar que é um recorte de monografia de graduação em Enfermagem.

Este estudo é um recorte de monografia intitulado “Síndrome de Burnout e fatores associados em docentes do magistério superior”. Foi realizado com professores da Universidade Regional do Cariri (URCA) em seus campi Crato e Juazeiro do Norte, Ceará.

A população do estudo foi de 450 professores, sendo 339 efetivos e 111

substitutos/temporários, segundo dados da Divisão de Pessoal da instituição de ensino superior (IES) até março de 2017.

Foram incluídos profissionais docentes da instituição com atuação há no mínimo seis meses para que pudessem responder adequadamente os questionários. Foram excluídos os docentes que se encontravam ausentes do serviço por qualquer motivo durante o período de coleta de dados.

Para coletar as informações foram utilizados dois questionários, um para coletar dados sociodemográficos como idade, sexo, gênero, religião, etnia, estado civil, número de filhos, departamento, titulação, carga horária de trabalho semanal, renda mensal, tempo de docência, tempo de docência na instituição, se possui outro vínculo empregatício e se gostaria de mudar a profissão.

Para verificar a ocorrência da Síndrome de Burnout foi usado o Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). O mesmo é válido para o Brasil, especialmente voltado ao profissional docente (GIL-MONTE *et al.*, 2010).

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2017. Dos 450 professores, 63 retornaram o questionário respondido, sendo 43 de docentes do quadro efetivo de professores e 20 substitutos/temporários. Portanto, a amostra final foi composta de 63 professores.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2010 e realizados cálculos de frequência absoluta, relativa e medidas de tendência central, média e desvio padrão.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri-URCA sob parecer de nº: 1.889.913.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos participantes da pesquisa é do sexo feminino (65,1%), de faixa etária entre 36 a 45 anos (38,1%). Quanto à cor da pele, 49,25% se referiram como brancos, de religião católica (53,9%), casados (49,2%), com titulação predominante de nível de doutorado (39,7%) e renda mensal acima de sete salários mínimos (50,08%).

Quando indagados sobre se mudariam de profissão, 79,36% responderam que não e 19,04% que sim. Perguntados se possuem outro vínculo empregatício, 87,03% responderam que não e 19,04% que sim.

No que diz respeito às dimensões da Síndrome de Burnout foi verificado uma média para ilusão pelo trabalho no item 15, que fala sobre a gratificação no trabalho e no desgaste psíquico. Outro ponto importante foram os itens correspondentes à pressão no trabalho (item 12, 17 e 18), onde se verifica que se sentem cansados física e emocionalmente. Na dimensão indolência, a pergunta que obteve a maior média foi a relacionada ao item 14, no qual destaca-se que rotulam os alunos de acordo com seus comportamentos. Na dimensão culpa, o item com maior destaque foi o referente à sua preocupação sobre atitudes com os seus colegas de trabalho.

No contexto geral, os docentes possuem uma boa ilusão pelo trabalho com média de 3.24, ou seja, estão felizes com o seu trabalho, e baixos valores para indolência e culpa com média 0.54 e 0.83, respectivamente, mostrando que estão próximos dos alunos e colegas e não se sentem culpados por suas ações, mas estão em riscos de desenvolver desgaste psíquico apresentando 1.31 na média geral, devido principalmente à sobrecarga de responsabilidades. Esses resultados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 – Resultados por itens do “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo”, realizado em uma universidade pública separada por item. Crato, Ceará, 2017

DIMENSÃO	MÉDIA	V (DP)
1	3.30	0.9(0.95)
5	3.29	1.2(1.09)
10	3.22	1.67(1.29)
15	3.39	1.1(1.05)
19	3.03	0.69(0.83)
Desgaste psíquico		
8	0.86	1.09(1.04)
12	1.16	1.44(1.2)
17	1.79	1.38(1.17)
18	1.40	1.47(1.21)
Indolência		
2	0.76	0.87(0.93)
3	0.52	0.34(0.58)
6	0.16	7.2(2.68)

7	0.46	0.53(0.73)
11	0.53	0.91(0.95)
14	0.8	0.99(0.99)
Culpa		
4	1.45	1.73(1.31)
9	0.85	1.09(1.04)
13	0.40	15.52 (3.94)
16	0.71	0.61(0.78)
20	0.74	0.8(0.89)

Fonte: Autoria própria (2017).

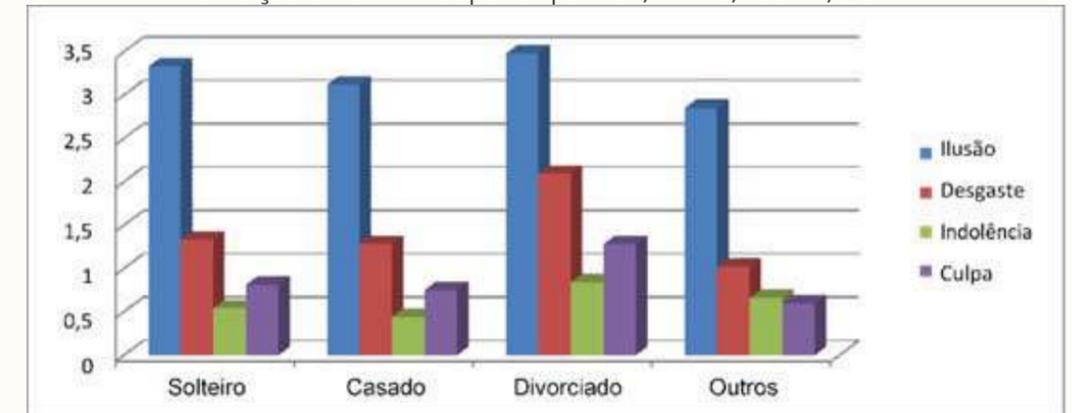
Homens (34,9%) obtiveram uma média maior na ilusão pelo trabalho e indolência, 3,33 e 0,55, respectivamente. As mulheres (65,1%) apresentaram maior desgaste psíquico e culpa, 1,42 e 0,87. Essas informações demonstram uma paridade nos quesitos de risco para o Burnout (Figura 1).

Figura 1 – Proporção entre homem e mulher para o risco à Síndrome de Burnout em uma instituição de ensino superior pública, Crato, Ceará, 2017

Fonte: Autoria própria (2017).

A proporção de risco à Síndrome de Burnout em relação ao estado civil não apresentou relação com as dimensões ilusão pelo trabalho e indolência, contudo, os solteiros (33,3%) estão mais sensíveis a desenvolver o desgaste psíquico com média de 1,33. Por outro lado, os divorciados (11,1%) já possuem um alto nível de desgaste psíquico e estão mais propensos ao sentimento de culpa, com 2,09 e 1,28, respectivamente (Figura 2).

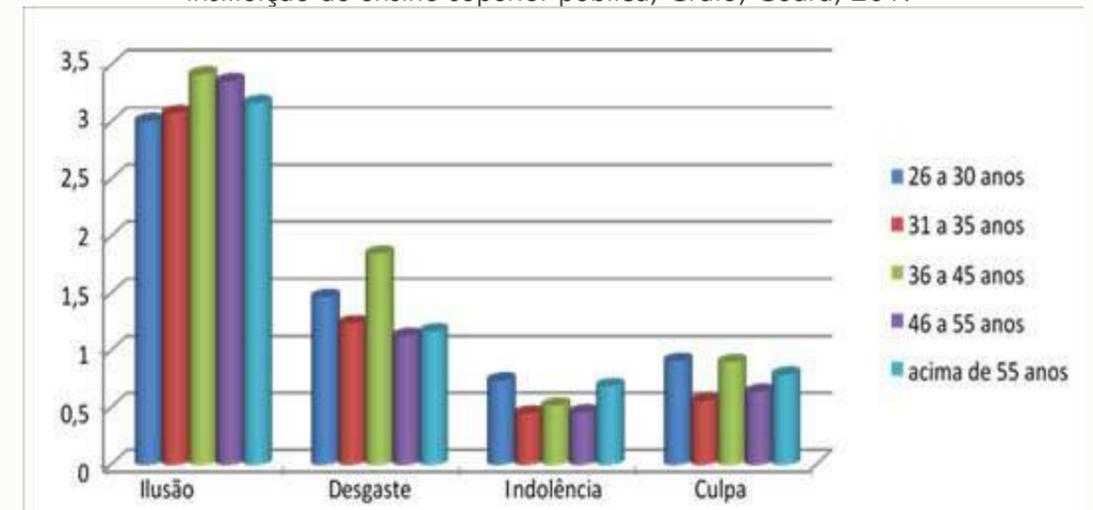
Figura 2 – Proporção do estado civil para o risco à Síndrome de Burnout em uma instituição de ensino superior pública, Crato, Ceará, 2017



Fonte: Autoria própria (2017).

A proporção da idade ao Burnout na faixa etária de 26 a 30 anos (17,5%) são os que possuem a menor média para ilusão pelo trabalho 3,01, maior para indolência 0,74 e culpa 0,91. Na faixa etária entre 36 a 45 (38,1%) verificou-se a maior média para ilusão pelo trabalho 3,42 e desgaste psíquico 1,85. Já de 46 a 55 (22,2%) foi evidenciado o menor nível de desgaste psíquico 1,13 e sentimento de culpa 0,64 (Figura 3).

Figura 3 – Proporção da faixa etária para o risco à Síndrome Burnout em uma instituição de ensino superior pública, Crato, Ceará, 2017

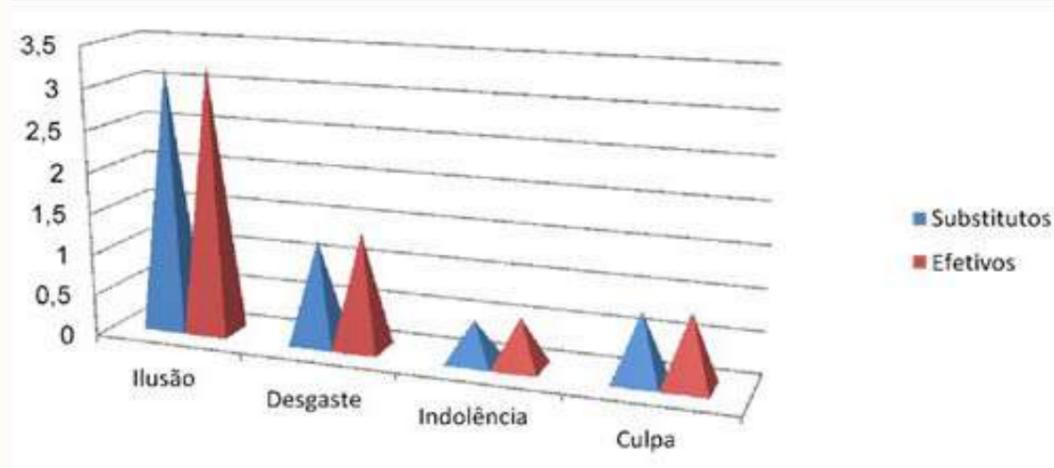


Fonte: Autoria própria (2017).

Quando analisamos o risco para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em relação aos professores efetivos e temporários/substitutos, verificamos que os efetivos, 68,25% da amostra possuem a maior média nas quatro dimensões, sendo

3,24 para ilusão pelo trabalho, 1,39 para o desgaste psíquico, 0,58 para indolência e 0,86 para Culpa. Já os temporários/substitutos, 31,75% da amostra apresentaram 3,19 para ilusão pelo trabalho, 1,25 para desgaste psíquico, 0,49 para indolência e 0,81 para culpa (Figura 4).

Figura 4 – Proporção professor substituto e efetivo para o risco à Síndrome de Burnout em uma instituição de ensino superior pública, Crato, Ceará, 2017



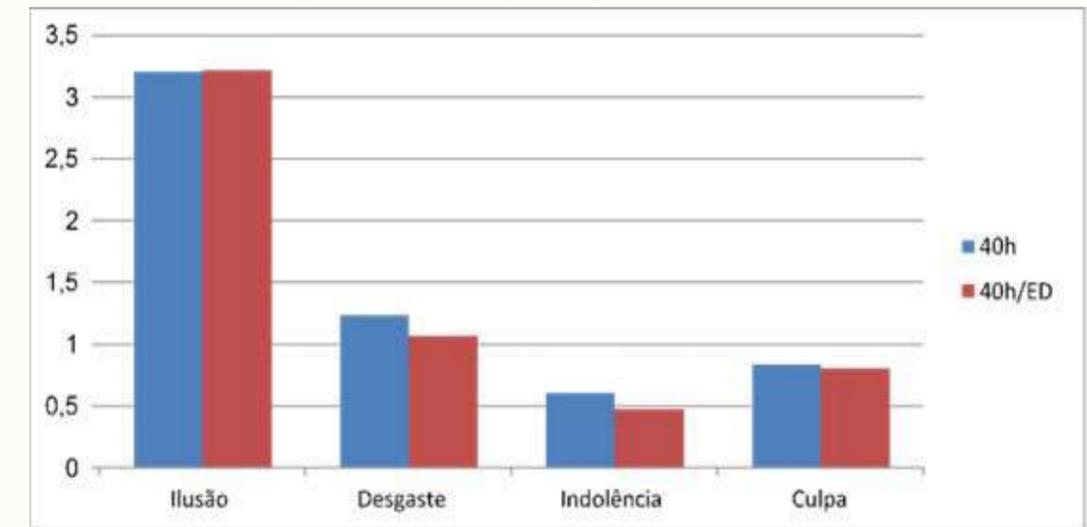
Fonte: Autoria própria (2017).

No que diz respeito a carga horária de trabalho, os resultados apresentaram que os professores que atuam 40 horas semanais (41.3%) possuem uma menor média para ilusão pelo trabalho 3.21, maior para desgaste psíquico 1.24, indolência 0.61 e culpa 0.84. Observou-se que há uma relação entre a carga horária obrigatória e o risco ao Burnout quando comparada a carga horária de 40 horas aos com 40 h/ED (58.7%) (Figura 5).

Possuir mais de um vínculo empregatício esteve associado a maiores níveis de ilusão pelo trabalho 3,59, indolência 0,54 e culpa 1,0, enquanto os que possuem dedicação exclusiva possuem uma média para o desgaste psíquico de 1,30.

A renda esteve associada a uma maior ilusão pelo trabalho (3,31) para os que recebem de cinco a seis salários mínimos e para os que recebem acima de sete salários mínimos, bem como um menor desgaste psíquico (1,27). Os que recebem entre quatro e cinco salários mínimos apresentam maior desgaste psíquico (1,26), de indolência (0,85) e culpa (1,29). Os que recebem na faixa de dois a três salários mínimos possuem um risco maior para desenvolver indolência (0,33) e culpa (0,53).

Figura 5 – Proporção da carga horaria para o risco à Síndrome de Burnout em uma instituição de ensino superior pública, Crato, Ceará, 2017



Fonte: Autoria própria (2017).

A Síndrome de Burnout em docentes do magistério superior está relacionada à baixa ilusão pelo trabalho e desgaste psíquico. Como forma de escape está a dimensão da indolência, se apresentando como perfil 1, mas, com a cronificação da situação, pode levar ao sentimento de culpa, se classificando como o perfil 2 (GILMONTE *et al.*, 2010).

Reis (2017) verificou que há predominância do sexo feminino (65,1%) no trabalho docente em sua amostra geral. Além disso, aponta que elementos como a flexibilidade e acessibilidade, bem como o envolvimento emocional em questões interpessoais, papéis de cuidadoras da família e da casa, favorecem o desgaste psíquico. Tal fator é verificado também neste estudo, quando mostra que as mulheres possuem uma média maior para o desgaste psíquico e sentimento de culpa.

No quesito indolência, os homens estão mais expostos. Tal informação é oriunda do contexto social no qual precisam cumprir com um papel diante da sociedade de serem mais racionais nas tomadas de decisões e evitar assim o envolvimento emocional nos problemas de trabalho, o que acarreta no distanciamento (MASSA *et al.*, 2016). Esse achado condiz com o encontrado na presente pesquisa em relação à dimensão indolência, se apresentando como satisfeitos com seu trabalho. Apesar desse achado, tanto homens quanto mulheres, podem desenvolver a Síndrome de Burnout durante sua vida pedagógica (BATISTA *et al.*, 2010).

O estado civil se mostrou associado à Síndrome de Burnout, especialmente

nas pessoas divorciadas, sendo sua maior média, e caracterizado como perfil 2 de Burnout. Os docentes casados apresentaram menor risco ao agravo.

O estado civil ser casado representa um fator protetor para a Síndrome de Burnout por possibilitar uma estabilidade afetiva, por tanto, alguém com quem dividir suas angústias e desabafar, enquanto os solteiros, apesar de se sentirem realizados profissionalmente, possuem altos valores para ilusão pelo trabalho e desgaste psíquico (JODAS *et al.*, 2008; RIBEIRO *et al.*, 2015).

Fica evidente que as relações interpessoais, dentro dos espaços laborais ou fora deles, se relacionam com outras dimensões da vida humana e os mecanismos pessoais que cada indivíduo possui para lidar com os desafios da vida.

Foi observado que os docentes mais jovens estão mais sensíveis ao desgaste psíquico. Apresentam a média mais alta na dimensão ilusão pelo trabalho, possuem boas perspectivas para carreira profissional, manifestam maior interesse em se aperfeiçoar e buscar novos desafios.

Ribeiro *et al.* (2016) encontraram os mesmos achados para o desgaste psíquico no público docente mais jovem, contudo, verificaram uma baixa ilusão pelo trabalho, sendo, portanto, resultados divergentes. Esse fato pode ser explicado pelos contextos nos quais os profissionais estão inseridos, estrutura do ambiente, os aspectos políticos, dentre outras condições que se envolvem com o ser humano, não sendo possível separá-lo dessa teia que interliga as dimensões da vida.

Um aspecto importante é o relacionado à falta de estabilidade para os docentes substitutos/temporários. Essa situação é em potencial geradora de insegurança, alta cobrança e medo de errar. Sentimentos que os deixam mais suscetíveis à baixa ilusão pelo trabalho, especialmente pela falta de expectativa de crescimento dentro daquele ambiente de trabalho, somados ao excesso de funções e não reconhecimento pelos bons trabalhos (DALAGASPERINA *et al.*, 2014).

A titulação contribui positivamente para a prevenção da Síndrome de Burnout. Esse fato se deve pela procura das instituições em contratar profissionais mais qualificados (MASSA *et al.*, 2016), embora não seja consenso (REIS JUNIOR, 2017). Nessa pesquisa, os resultados mostraram que os docentes que possuem titulação de especialista alcançaram a maior média para indolência e a menor para culpa, mostrando dessa forma resultados distintos dos encontrados por Massa *et al.* (2016) e Reis Júnior (2017).

Um dos principais influenciadores são os estressores laborais, entre elas sobrecarga, que dificulta a possibilidade dos docentes de se qualificarem para se adequarem às constantes modificações que ocorrem, como a incorporação de novas metodologias de ensino leves e leve-duras que atuam como auxiliadoras na didática para um melhor aproveitamento dos assuntos abordados em sala de aula (SOUSA, 2014).

Outro fator importante é o salarial. Os docentes julgam sua remuneração inadequada quando comparada com as suas responsabilidades e funções, consideram que estão realizando atividades em demasia, o que os faz sentir que o seu tempo está sendo furtado, não estão sendo devidamente valorizados e recompensados quanto profissionais pelas suas contribuições à instituição, essa baixa remuneração é um forte fator sociodemográfico que propicia a baixa ilusão pelo trabalho, o sentimento que não há possibilidade de crescimento profissional (SOUSA *et al.*, 2009).

Professores com baixa remuneração tentam compensar com um segundo emprego, gerando mais sobrecarga, estresses, reduz o tempo para o lazer, para autocuidado, gerando sentimento de culpa (MENEHINI *et al.*, 2011). Esse fato foi verificado neste estudo, onde ter outro emprego possui relação com maiores níveis de ilusão pelo trabalho, boas expectativas na sua área, porém mostram um maior sentimento de culpa.

5 CONCLUSÃO

Com os resultados encontrados fica visível que as variáveis sociodemográficas se interligam às dimensões da Síndrome de Burnout e que a maioria da população estudada está sensível a pelo menos uma das dimensões.

De forma geral, a pesquisa mostrou que dentre todas as divisões sociodemográficas comparadas aos riscos da Síndrome de Burnout, a titulação de pós-doutorado apresentou baixa ilusão pelo trabalho, os divorciados foram avaliados com alto nível de desgaste psíquico e os com idade entre 36 a 45 anos estão sensíveis ao desgaste psíquico, os que se ajustaram com a renda entre quatro a cinco salários mínimos mensais detêm os maiores níveis de indolência e sentimento de culpa.

Os docentes com mais de um vínculo empregatício mantêm a maior pontuação para ilusão pelo trabalho, os pós-doutores sofrem menos desgaste psíquico, o menor nível de indolência foi visto nos profissionais com renda mensal de dois a quatro

salários mínimos, na dimensão culpa ser especialista demonstrou o menor valor.

Acredita-se que os resultados possam corroborar com a instituição investigada, para que subsidiem intervenções que possam contribuir para minimizar os casos da Síndrome de Burnout nos docentes e assim beneficiar também os alunos e gestores.

Importante frisar que a instituição fomente grupos em todos os departamentos com o corpo docente para um maior aprofundamento sobre a temática, a fim de que todos compreendam o que de fato é a Síndrome de Burnout e como ela pode interferir na vida profissional e pessoal. Identificar se estão em uma situação de risco, e quais medidas poderiam ser realizadas como estratégias de prevenção desta síndrome.

Aos gestores se propõe o planejamento de atividades intervencionistas e preventivas e a criação de um ambiente físico onde funcione um núcleo interdisciplinar de apoio ao servidor, como proposta inicial deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ÁLVARO, R. G.; JAIME, P. S.; VALVERDE, G. G. Síndrome de Burnout en docentes de instituciones de educación superior. **Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica**, v. 38, n. 2, p. 17-23, 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília-DF, ano CXXVIII, n. 182, p. 18055, 19 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília-DF, ano O CXXVIII, n. 249, p. 25694, 28 dez. 1990b.

BATISTA, J. B. V. *et al.* Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Rev. Bras. Epidemiol.**, João Pessoa, v. 13, n. 3, p. 502-12, jan. 2010.

CÂNDIDO, J.; SOUZA, L. R. Síndrome de Burnout: As novas formas de trabalho que adoecem. **Psicologia.pt**, 2017.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em Professores: Prevalência e Fatores Associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 403-410, dez. 2011.

DALCIN, L.; CARLOTTO, M. Avaliação de efeito de uma intervenção para a Síndrome de Burnout em professores. **Psicologia Escolar e Educacional**, [S. l.], v. 22, p. 141-150, jan./abr. 2018.

DALAGASPERINA, P.; MONTEIRO, J. K. Preditores da síndrome de burnout em docentes do ensino privado. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 9, n. 2, p. 265-275, ago. 2014.

DIAS, B. V. B.; SILVA, P. S. S. Síndrome de burnout em docentes: Revisão integrativa sobre as Causas. **Cuid Enferm**, v. 14, n. 1, p. 95-100, jan./jun. 2020.

DUTRA, L. B.; AERTS, D.; ALVES, G. G.; CÂMARA, S. G. A Síndrome de Burnout em docentes do ensino superior de instituições privadas de Santarém, PA. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 115-136, set. 2016.

FERREIRA, J. B.; SILVA, K. R.; MORAIS, K. C. R.; SOUZA, A. S.; ALMEIDA, C. P. SÍNDROME DE BURNOUT EM DOCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR. **Revista Eletrônica InterAção Psy.**, Bahia, v. 7, n. 2, p. 233-243, mai. 2017.

GIL-MONTE, P. R.; CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Validação da versão brasileira do "cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo" em professores. **Rev saúde pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 141-147, 2010.

HOFFMANN, C. D.; ZILLE, L. P. Centralidade do Trabalho, Aposentadoria e seus Desdobramentos Biopsicossociais. **Reuna**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 83-102, 2017.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. D. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm.**, Londrina, v. 22, n. 2, p. 192-197, ago. 2008.

LEAL DO PRADO, R.; BASTIANINI, M. E.; ZANELATO CAVALLERI, M.; FOGAÇA ROSA RIBEIRO, S.; GAVA PIZI, E. C.; AVANSINI MARSICANO, J. Avaliação da síndrome de Burnout em professores universitários. **Revista da ABENO**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 21-29, 2017.

MEDEIROS NETO, C. F.; ALMEIDA, G. A.; RAMOS, B. C.; Costa, S. K. P.; Silva, H. P. A.; Sousa, M. B. C. Análise da percepção da fadiga, estresse e ansiedade em trabalhadores de uma indústria de calçados. **J. Bras. Psiquiatr.**, Natal, v. 61, n. 3, p. 133-138, ago. 2012.

MENEZES, P. C. M.; ALVES, É. S. R. C.; ARAÚJO NETO, A. S DE.; DAVIM, R. M. B.; GUARÉ, R. O. Síndrome de burnout: uma análise reflexiva. **Rev. enferm. UFPE on-line**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5092-101, dec. 2017.

MASSA, L. D. B.; SILVA, T. S. de S.; SÁ, I. S. V. B.; BARRETO, B. C. de S.; ALMEIDA, P. H. T. Q. de; PONTES, T. B. Síndrome de Burnout em professores universitários. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 180-189, 2016.

MIGUEZ, V. de A.; BRAGA, J. R. M. Estresse, síndrome de Burnout e suas implicações na saúde docente. **Revista Thema**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 704-716, 2018.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, abr./jun. 2011.

OIT BRASÍLIA. Série SmartLab de Trabalho Decente 2022: acidentes de trabalho e mortes acidentárias voltam a crescer em 2021. **Organização Internacional do Trabalho (OIT)**. 20 de Abril de 2022. Disponível em: https://www.ilo.org/brasil/pt/noticias/WCMS_842760/lang--pt/index.htm#banner. Acesso em: 17 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010. 26 p.

PETTO, J.; SANTOS, G. M.; NONATO, J. B.; SANTIAGO, M. V.; MOTA, V. S.; DO NASCIMENTO, W. L. C.; DOS SANTOS, A. C. N.; LADEIA, A. M. T. Percepção de estresse em docentes do ensino superior. **Diálogos Possíveis**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 70-84, 2017.

REIS JUNIOR, Marcos Aurélio. **Um olhar bioecológico sobre a prática docente de ensino superior e a síndrome de burnout**. 2017. 188f. Dissertação (Mestrado de psicologia) – Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

RIBEIRO, L. D. C. C.; BARBOSA, L. A. C. R.; SOARES, A. S. Avaliação da prevalência de burnout entre professores e a sua relação com as variáveis sociodemográficas. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, Minas Gerais, v. 5, n. 3, p. 1741-1751, abr. 2015.

RIBEIRO, Deive Brito. **Síndrome de burnout em professores do Ensino superior: Um estudo numa IES do Interior do Ceará, Brasil**. 2016. 132f. Dissertação (Mestre em Ciências da Educação) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa, 2016.

SILVA, R. C.; OLIVEIRA, E. C.; NASCIMENTO, J. C. C.; ASSIS, I. L. R. SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS ASSISTENCIALISTAS. **Persp online: biol. & Saúde**, Campos dos Goytacazes, n. 17, v. 5, p. 23-35, 2015.

SOUSA, Audiel Ribeiro. **Stress e síndrome de burnout em professores da rede pública de Altamira-PA: proposta de tecnologia educativa preventiva**. 2014. 65f. Dissertação (Mestrado de Bioengenharia) – Universidade Camilo Castelo Branco, São Paulo, 2014.

SOUSA, I. F. D.; MENDONÇA, H. Burnout em Professores Universitários: Impacto de Percepções de Justiça e Comprometimento Afetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Goiânia, v. 25, n. 4, p. 499-508, dez. 2009.

ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. D. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 253-260, jan. 2015.

ZINET, C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. **Caros Amigos**, São Paulo, v. 187, p. 16-19, out. 2012.

APLICAÇÃO DO ARCO DE MAGUEREZ EM UM CURSO DE MEDICINA NA REGIÃO METROPOLITANA DO CARIRI

Application of the Magueres Arc in a medicine course in the metropolitan region of Cariri

João Agostinho Neto
Gabriela Silva de Vasconcelos
Erasmio Miessa Ruiz
Maria do Socorro de Sousa
Laura Hévila Inocencio Leite
Viviane Chaves Pereira

RESUMO

Múltiplos aspectos dificultam a efetivação da mudança na formação médica a partir da implementação das novas diretrizes. Surge a necessidade de conhecer como acontece a formação médica na atualidade, identificando dificuldades e potencialidades. Deste modo, o presente estudo tem como objetivo descrever a experiência da aplicação de um método de problematização com alunos de um curso de medicina de uma universidade no interior do estado do Ceará e compreender, sob seu ponto de vista, quais são as dificuldades para obter uma formação médica adequada às necessidades de saúde da população. O presente estudo é produto da disciplina Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e teve como percurso metodológico um relato de uma prática na comunidade e utilizou o método do Arco de Magueres, a partir das etapas de observação da realidade, identificação dos pontos-chave, teorização, hipóteses de Solução, aplicação à realidade. Os resultados foram abordados de acordo com as etapas do Arco de Magueres, seguindo a percepção do público participante, considerando as suas particularidades e o seu tempo de formação no curso de medicina. Com isso, fica evidente a importância de se utilizar as metodologias problematizadoras no sentido de fazer cada um perceber a sua parcela de responsabilidade sobre a realidade na qual está inserido, e também de promover o protagonismo do aluno dentro do seu processo de formação.

Palavras-chave: Formação Médica; Arco de Magueres; Problematização.

1 INTRODUÇÃO

A formação ofertada nos cursos de graduação em Medicina no Brasil tem sido uma temática recorrente e amplamente debatida. Mas a sua complexidade a faz necessária e permanente para atender as realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários. As escolas médicas brasileiras, após um período inicial de influência do modelo francês e alemão, adotaram o modelo americano, pelo qual o ensino ficou dividido em dois ciclos, o básico e o profissionalizante (RUIZ, 2010). O conhecimento médico foi fragmentado em disciplinas, que ficavam organizadas em departamentos, sem uma interação adequada entre elas. Adotou-se o modelo flexneriano, com perspectiva individualista, biologicista, centrado na assistência hospitalar e com ênfase nas especialidades (PAGLIOSA; ROS, 2008).

A partir da década de 50, a medicina preventiva passou a ser mais discutida no âmbito internacional. O marco político dessa mudança de paradigma foi a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que propôs a atenção primária em saúde para todos, indistintamente, até o fim do século XX. No nosso país, esse modelo voltado para a prevenção e promoção da saúde teve como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e o movimento da Reforma Sanitária.

Esse movimento acabou por tornar mais evidente a preocupação com a modificação da formação médica, ocasionada pela insatisfação com a realidade existente. Durante a década de 1990 é instituída a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), a qual implementou uma avaliação do ensino e currículo vigentes nas escolas médicas do país. Constatou-se que o ensino era orientado por um currículo fragmentado e hospitalocêntrico, mostrando-se distante da comunidade e centrado na doença como um processo individual e de caráter apenas biológico. Nesse contexto, o professor assumia uma figura de mero repassador de informações (RIBEIRO; AMARAL, 2008).

O resultado dessa avaliação culminou com a aprovação das novas diretrizes curriculares nacionais (DCN), instituídas em 2001 e posteriormente atualizadas em 2014. Nelas encontramos, entre os elementos-chave, a integração das universidades com os serviços de saúde e a comunidade, um currículo interdisciplinar e o uso de metodologias de ensino centradas no aluno, sendo o professor um facilitador do processo de aprendizagem (DCN, 2014).

Para o alcance desses novos objetivos, é necessário ir além de uma reformulação do projeto pedagógico do curso e de uma reorganização do currículo. É necessário que o ensino esteja focado na produção de conhecimento por meio de reflexão crítica e com aplicabilidade social (PERIM *et al.*, 2009). É preciso atuar nos três aspectos que envolvem a docência e saúde: processo de ensino-aprendizagem, integração da universidade com os cenários de prática e envolvimento de todos os atores - professores, alunos, pacientes, comunidade e profissionais de saúde (BATISTA NA, BATISTA SH *apud* SENAC; 2004).

Apesar dos vários programas de incentivo às mudanças curriculares, as transformações na educação médica têm ocorrido de forma ainda incipiente dentro de muitos cursos, onde predomina o ensino tradicional, com transmissão de conceitos, sem integração de conteúdos. Detecta-se, portanto, uma contradição entre aquilo que é proposto pelas DCNs e a realidade de atuação prática em alguns cursos de medicina no Brasil (ALVES, 2013).

As dificuldades para efetivar as DCNs no contexto do curso médico envolvem múltiplos aspectos, como a falta de capacitação pedagógica dos docentes, a resistência ao modelo que prioriza a formação generalista, os obstáculos para atuação de professores e alunos dentro dos cenários de prática da atenção primária (ALVES, 2013).

Com isso, torna-se relevante a necessidade de conhecer como acontece a formação médica na atualidade, identificando dificuldades e potencialidades apontadas por todos os atores envolvidos nesse processo educacional. Com frequência é dada relevância à voz dos docentes e pouco tem sido feita a escuta dos discentes. Deste modo, este estudo tem como objetivo descrever a experiência da aplicação do Arco de Maguerez com alunos do curso de medicina de uma universidade pública no interior do estado do Ceará e compreender, sob seu ponto de vista, quais são as dificuldades para obter uma formação médica adequada às necessidades de saúde da população.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico aqui denominado de relato de uma prática na comunidade, trata-se de uma investigação de campo que utilizou a metodologia da problematização através do método do Arco de Maguerez, sendo um produto da

disciplina Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

O Método do Arco foi construído por Charles Maguerez e tem sido frequentemente utilizado por profissionais da área de saúde. É desenvolvido em 5 (cinco) etapas, tendo como ponto de partida a observação da realidade, a partir da qual se busca identificar um problema, algo que precisa ser corrigido e/ou aperfeiçoado. A partir disso, é realizada uma sistematização de pontos-chaves, que definem o que vai ser estudado sobre o problema. A próxima etapa consiste na busca de teorias que possam proporcionar um maior esclarecimento sobre o problema elencado. A fase seguinte é representada pela elaboração de hipóteses de solução que possam resolver ou amenizar o problema. Na quinta e última etapa, tem-se a aplicação de ações viáveis no intuito de transformar a realidade a partir das hipóteses levantadas na etapa anterior (BERBEL; GAMBOA, 2012).

Mitri *et al.* (2008) explicam que as metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino/aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas.

O estudo foi desenvolvido entre os meses de maio a julho de 2017, com discentes de um curso de medicina na Região Metropolitana do Cariri Cearense. A escolha do campo de prática se deu devido à atuação profissional de uma das participantes do relato nesta universidade, a qual escuta constantemente reclamações por parte dos alunos sobre o processo de ensino-aprendizagem onde estão inseridos.

Foram realizadas duas reuniões para planejamento e adequação do método proposto e, de forma complementar, o uso de tecnologias de informação através das ferramentas de e-mail e outros aplicativos, para discussões e troca de referencial bibliográfico entre os autores.

O convite para a participação na atividade foi estendido a todos os estudantes por meio do Centro Acadêmico do referido curso. Participaram do encontro, 25 discentes, provenientes de todos os semestres do curso, exceto aqueles que se encontram na fase de internato. A ausência desse último grupo deve-se provavelmente à dificuldade de mobilização desses estudantes entre o serviço onde estão atuando e o campus da Universidade.

Inicialmente os discentes foram acolhidos, através de uma breve fala

dos mediadores e da apresentação de imagens sobre modelos de educação. Posteriormente, foram explicitados os fundamentos teóricos do Método do Arco de Maguerez, com a descrição das suas cinco etapas. Em seguida, foi apresentado um disparador de sensibilização para a temática proposta através de um vídeo sobre reportagem veicula na Rede Record de televisão e divulgada através de um trecho no canal do Youtube, que discutiu a qualidade da formação médica a partir do resultado de uma prova aplicada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) aos egressos dos cursos de medicina daquele estado.

Os recursos materiais utilizados foram uma sala de aula, um data show, cartolinas, pincéis, além de impressos com o modelo do Arco de Maguerez e a descrição de cada uma de suas etapas, que foram entregues aos discentes para montagem de seus arcos.

A seguir, os 25 alunos presentes foram divididos em três grupos, de acordo com os seguintes níveis de formação dentro da estrutura do curso de medicina: o ciclo básico (1º ao 3º semestre), transição do ciclo básico para o clínico (4º semestre) e o ciclo clínico (5º ao 8º semestre). Essa divisão foi realizada por entendermos que os estudantes apresentam diferentes percepções sobre a sua formação, a depender do momento em que se encontram no curso médico, possibilitando assim maior riqueza na discussão sobre a temática proposta.

Cada grupo elegeu um relator que ficou responsável pelas anotações durante as discussões. Os proponentes da atividade atuaram como facilitadores, respondendo a questionamentos e fazendo intervenções pontuais para garantir o bom andamento da atividade. Ao fim da discussão em grupos, houve um momento de socialização das ideias, possibilitando a construção final do Arco de Maguerez.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão abordados de acordo com as etapas do Arco de Maguerez, seguindo a percepção do público participante da prática na comunidade, considerando as suas particularidades e o seu tempo de formação no curso de medicina.

Observação da Realidade

A partir da temática proposta, todos os grupos identificaram, olhando para a realidade de cada um enquanto estudante de medicina, que sua formação é deficiente, correspondendo à compreensão apresentada no vídeo de que os egressos dos mais variados cursos de medicina do país não obtêm durante os seis anos de graduação uma formação sólida e suficiente para atender às principais necessidades de saúde da população.

Identificação dos Pontos-Chave

Após a compreensão do problema por cada grupo, partiu-se para a identificação dos pontos-chaves. Neste momento os alunos refletiram a respeito das possíveis causas da ineficiência da sua própria formação enquanto estudantes de medicina. A partir dessa análise, elaboraram a síntese dos pontos essenciais que deverão ser estudados, no intuito de compreender o problema de maneira profunda e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo (ROCHA, 2008).

Essa etapa foi a que mais demandou tempo, os mesmos conversaram e discutiram bastante, e nesse momento os alunos elencaram vários pontos-chaves, sendo eles:

- Coordenação do curso ineficaz;
- Didática anacrônica;
- Fidelidade ao Projeto Pedagógico do curso, com ausência do enfoque na formação generalista;
- Ausência de compromisso com a ementa da disciplina, pontualidade e empatia por parte de alguns professores;
- Ausência de integração teoria-prática e número insuficiente de aulas práticas;
- Estudo focado em prova e ausência de feedback;
- Estrutura inapropriada do prédio onde o curso funciona.

De uma forma geral, observa-se que os alunos direcionaram seus pontos-chaves para a responsabilização e atuação dos docentes e da coordenação do curso de medicina. Os três grupos foram unânimes em elencar a omissão da coordenação

do curso bem como a forma tradicional e voltada a especialidades pela qual os professores ministram suas aulas. Nesse caso, vemos o papel do docente como primordial para a melhoria desse processo, assim como afirma Teixeira (2008), ao citar que A necessidade do professor universitário conhecer didática, psicologia de aprendizagem, planejamento de currículos, enfim, tudo que se relaciona com o processo ensino-aprendizagem são muito raramente discutidas nas universidades. Há mesmo quem afirme que a única pré-condição para ser professor universitário é o domínio do conteúdo que irá ensinar.

Para Ferreira e Souza (2016), diferentemente dos outros graus de ensino, o professor se constituiu, historicamente, tendo como base a profissão paralela que exerce ou exercia no mundo do trabalho. A ideia de que quem sabe fazer sabe ensinar deu sustentação à lógica do recrutamento dos docentes. Nesse contexto, considerando que a contribuição do professor de medicina é fundamental para a reorientação da educação médica, ampliando as perspectivas de transformação dos cursos, não há como pensar as mudanças dissociadas do docente. Este precisa de apoio institucional para se desenvolver não apenas no que diz respeito ao conhecimento técnico-científico e ao processo de ensino-aprendizagem, mas, sobretudo, no que se refere à gestão do curso médico na própria academia e na interação com os serviços e a comunidade.

Para Costa *et al.* (2016), os estudantes apresentam o papel do professor como fundamental. Este deve dar auxílio, guiar, ajudar, unificar os conhecimentos e experiências e transformar tudo em questionamento. Deve o docente propor atividades, incentivar os alunos a buscar o conhecimento, participar das discussões e juntar informações. Deve também orientar o estudo, ver o que é relevante ou não para cada fase do processo de aprendizagem.

Estes relatos constatados aqui corroboram com o estudo de Ferreira e Souza (2016), o qual observa que os saberes docentes são construídos com as vivências de cada professor e não necessariamente por meio de cursos específicos. Com frequência, os docentes se sentem satisfeitos com o conhecimento e a experiência adquiridos durante os anos de dedicação ao ensino. O professor da graduação do curso de Medicina, na maioria das vezes, é um médico especialista em determinada área que, após a formação, inicia a atividade docente sem uma base pedagógica. Médicos com afinidade pelo ensino começam a ministrar aulas nos cursos de graduação e se tornam professores sem preparo para isto. Ou seja, “aprendem a ensinar ensinando”, copiando professores julgados como bons docentes.

Outro ponto-chave destacado pelos alunos refere-se às avaliações, as quais foram tidas como engessadas e feitas por métodos inadequados, sem proposta formativa. Zeppone *et al.* (2016) afirma que esses métodos têm priorizado exclusivamente o “saber”, habilidade da esfera cognitiva, insuficiente para predizer a competência dos estudantes num sentido amplo e completo.

Teorização

Os três grupos demonstraram pouco conhecimento acerca da existência de documentos norteadores da estrutura e funcionamento do curso de medicina na instituição. Muitos não sabiam o que eram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e a grande maioria nunca havia lido o Programa Pedagógico do Curso (PPC) do curso de graduação no qual estão inseridos.

Para a construção dessa etapa, diante das dúvidas que surgiram, tornaram-se necessárias algumas intervenções. Os facilitadores ressaltaram a existência de bases teóricas que devem ser de domínio deles, no sentido de prover subsídios para uma maior compreensão da formação médica ideal e daquela que vem sendo ofertada. Foi feita uma breve explicação pelos facilitadores sobre o que eram as diretrizes curriculares e qual a importância de conhecer o projeto pedagógico do curso onde cada aluno está inserido.

Após as devidas intervenções, foi proposto como teorização para melhor compreensão do problema e para subsidiar a elaboração de propostas de solução a apropriação dos seguintes documentos:

- Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN);
- Projeto Pedagógico do Curso (PPC);
- Pedagogia da autonomia (Paulo Freire);
- Revistas científicas de educação médica.

Entendemos que se a teorização é adequada, o aluno consegue atingir a compreensão do problema nos aspectos práticos, situacionais e nos princípios teóricos que os sustentam, proporcionando segurança quanto a formulação de hipóteses e ações dentro do curso de medicina.

Nesse momento pudemos observar que toda instituição de ensino deve ter

um Plano de Desenvolvimento Institucional e dentro dela a peça chave deve ser o PPC e estes devem ser apresentados aos discentes de forma que eles se apropriem de seu conteúdo e assim possam contribuir no processo de ensino-aprendizagem. As DCN devem servir de ponto de partida para criação destes documentos nos cursos de graduação em Medicina, pois se baseiam num conceito ampliado de educação (DCN, 2001).

Hipóteses de Solução

A busca pelas hipóteses está ligada aos pontos-chaves descritos pelos grupos, o que facilita de certa forma a sua elaboração. Foram definidas pelos grupos as seguintes hipóteses para solucionar o problema por eles vivenciado:

- Capacitação quanto à didática e instituição de reunião de planejamento interdisciplinar por parte dos professores;
- Aulas com abordagens sindrômicas e com mais integração com as aulas práticas, bem como o aumento do número destas últimas;
- Aumento do diálogo entre docentes, coordenação e alunos;
- Avaliação mais completa e feedback das provas;
- Melhorias estruturais no prédio onde o curso funciona.

Novamente, diante das hipóteses formuladas pelos alunos, pudemos observar diversos depoimentos que confrontam a responsabilização dos docentes acerca do estímulo à dialógica entre professor e aluno e à inadequação da metodologia utilizada durante as aulas. Tais formulações corroboram com os achados de Jonnaert e Borght (2002) quando afirmam que cabe ao professor criar as condições necessárias para a aprendizagem do aluno.

Entendemos também, que a aprendizagem não pode estar centrada apenas no professor, mas que todos os agentes possam ter sua participação ativa, colocando em foco o aluno. Costa *et al.* (2016) afirma que devemos ampliar o conceito educacional, propondo-se também a alterar o método de ensino-aprendizagem, dessa vez centrado no estudante, estimulando-o a buscar o conhecimento de acordo com suas necessidades, vinculadas a uma realidade vivida mais de perto (integração teórico-prática).

Dá-se maior valor ao conhecimento construído após uma reflexão do estudante,

decorrente de suas vivências/experiências, proporcionando, assim, maior solidez a essa aquisição intelectual. Com isso, o aluno deixaria de se sentir um agente externo e passivo ao ambiente em que atua e passaria a integrá-lo, estando comprometido com o Sistema de Saúde.

Nesse momento pudemos observar também uma preocupação dos discentes com relação a forma de avaliação utilizada pelos professores, segundo eles, ela ainda está voltada ao modelo tradicional, sem a preocupação com a integralidade e o processo formativo. Da mesma forma como descreve Trocon *Apud Zeppone et al.* (2015), os métodos de avaliação têm priorizado exclusivamente o “saber”, habilidade da esfera cognitiva, insuficiente para prever a competência dos estudantes.

Concordamos com os autores quando eles afirmam ainda que a avaliação do estudante deve contemplar não só o conhecimento teórico adquirido, mas também habilidades específicas e elementos de ordem afetiva, como as atitudes frente aos inúmeros aspectos da prática profissional. Outro aspecto relevante na avaliação é verificar a capacidade dos estudantes de mobilizar, integrar, analisar e aplicar o conhecimento teórico em situações de ação, já que as competências são manifestadas por meio das ações humanas. Koogan *et al. apud Zeppone et al.* também apontam que toda avaliação de um estudante de Medicina deve ser feita diretamente por observação do responsável educacional e enfatizam que a construção da relação médico-paciente será decisiva para a aquisição de competências com suas habilidades clínicas.

Nesta avaliação, o feedback não pode ficar de fora, esse foi o anseio dos alunos e assim como eles entendemos que nos princípios ligados à aprendizagem dos adultos, inclui-se o desejo de receber feedback, juntamente com a necessidade de participação ativa no processo de aprender, a autodiretividade e a curiosidade de explorar soluções. Uma vez que reforça a prática reflexiva, o feedback está fortemente vinculado ao conceito de desenvolvimento profissional contínuo, habilidade considerada essencial no médico que se deseja formar.

A falta de feedback gera incertezas, amplifica o sentimento de inadequação e distância o aluno dos objetivos propostos, podendo levá-lo a interpretar seus comportamentos de maneira totalmente inapropriada e a desenvolver uma “falsa confiança” ou medo exagerado do erro. Criar oportunidades de receber feedback no início da prática clínica permite que o aluno desenvolva e aprimore sua autopercepção e contribui para que ele aprenda a se auto-avaliar de maneira coerente e precisa (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL; 2007).

Aplicação à Realidade

A aplicação à realidade é uma etapa de grande importância no processo de construção do arco, visto que, nesta fase, os grupos propõem ações dentro de sua governabilidade, buscando a solução ou amenização do problema elencado no início da construção da atividade.

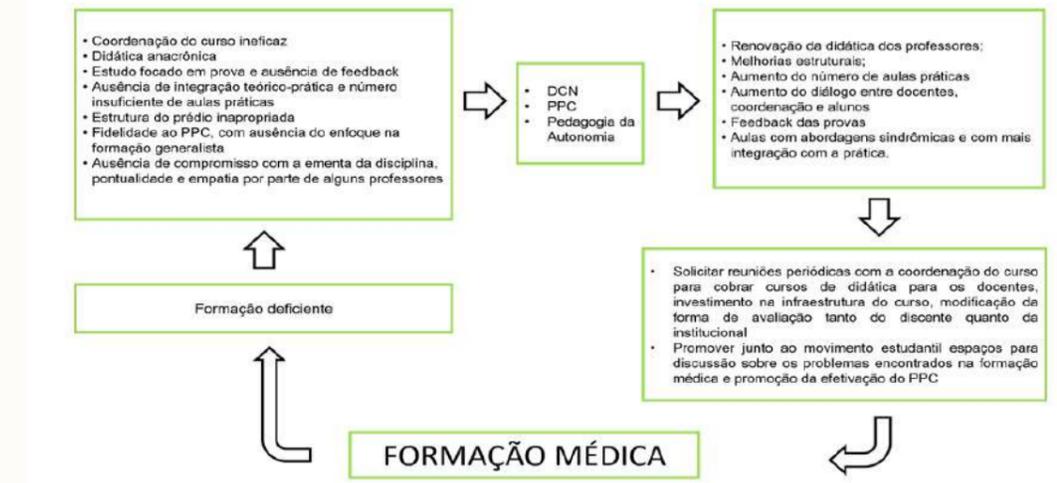
As principais propostas elaboradas pelos grupos foram:

- Solicitar reuniões periódicas com a coordenação do curso para cobrar cursos de didática para os docentes, investimento na infraestrutura do curso, modificação da forma de avaliação tanto do discente quanto da avaliação institucional (dos alunos para o curso);
- Promover junto ao movimento estudantil espaços para discussão sobre os problemas encontrados na formação médica, para empoderar os alunos sobre as diretrizes curriculares nacionais e impulsionar a efetivação do PPC.

Neste momento, observa-se que os discentes estão dispostos a contribuir, dentro de suas possibilidades, com as ações propostas por eles. Foi perceptível também que o grupo conseguiu entender a importância da sua participação na formação médica, tendo demonstrado, ao fim da atividade, uma maior motivação a tornar-se atuante e protagonista no seu processo de ensino/aprendizagem.

A partir do momento de socialização das etapas do método foi possível a construção de um arco unificado que representou a concepção da turma sobre a formação médica em seu contexto institucional ilustrado na figura abaixo:

Figura 1 – Síntese do grupo sobre formação médica em seu contexto institucional



Fonte: Autoria própria (2022).

As propostas elencadas pelos alunos, antes de representarem uma completa solução para o problema, foca em aspectos importantes do ponto de vista do discente, que deve se comprometer com a construção do curso onde está inserido.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do arco nos levou a refletir sobre a necessidade de capacitação para a função do ensino e de ficar atento quanto à manutenção de um canal de comunicação aberto com os estudantes, promovendo uma relação horizontal entre professores e alunos. A presente experiência de prática na comunidade foi importante para os facilitadores e discentes na busca pela melhoria dos processos de formação profissional, através da reflexão e dialogicidade entre professores e seus pares, alunos e professores para a construção e desconstrução do dinâmico e complexo processo de aprendizagem médica.

Com isso, ficou evidente a importância de se utilizar as metodologias problematizadoras no sentido de fazer cada um perceber a sua parcela de responsabilidade sobre a realidade na qual está inserido, e também de promover o protagonismo do aluno dentro do seu processo da sua própria formação. Além disso, pode ser uma ação importante no sentido de sedimentar entre participantes e facilitadores uma autorreflexão sobre as atitudes de cada um diante dos problemas enfrentados no dia-a-dia em seus campos de atuação.

Apesar das diferenças nos tempos de vivência acadêmica dos discentes, muitos pontos-chaves estiveram presentes de forma concomitante nas análises dos três grupos, demonstrando que muitas dificuldades acompanham os estudantes ao longo de todo o período de formação. Destacando a importância da ética e do compromisso com a função de docente, sendo para isso necessário utilizar adequadamente a carga horária de trabalho, realizando um planejamento adequado das atividades acadêmicas e honrando os horários acordados para as aulas. A falta de diálogo e as atitudes autoritárias e agressivas em sala de aula, citadas durante a produção do arco, devem ser banidas do mundo acadêmico.

No contexto da avaliação da prática na comunidade, destaca-se a proatividade e a satisfação em perceber que os discentes são capazes de implementar ações que possam impulsionar e promover a mudança necessária na formação médica. Considera-se exitosa a participação dos discentes e facilitadores, tendo em vista as dificuldades enfrentadas na logística de reunião, pois estes possuem uma carga horária bastante exaustiva. Durante o momento de avaliação, os alunos expressaram gratidão à equipe de mestrados pela prontidão na escuta de suas reflexões sobre o seu processo de formação, evidenciando a possibilidade de falta de comunicação existente no ambiente universitário entre professores/gestores e alunos. A experiência da aplicação do Arco de Maguerez trouxe ao grupo de mestrados da Região Cariri um somatório de aspectos positivos quanto a seu processo de formação para atuação na educação e na saúde através das percepções dos discentes sobre o tema abordado e do exercício de assumir a posição de mediadores dentro de um processo de construção de conhecimento onde todos são sujeitos ativos.

AGRADECIMENTOS

Agradecer ao Programa de Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará pela oportunidade permanente de reflexão sobre o papel docente na saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L.; *et al.* Mudanças curriculares: principais dificuldades na Implementação do PROMED. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 157-166, jun. 2013.

BERBEL, N. A. N.; GAMBOA, S. A. S. A metodologia da problematização com

o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Filosofia e Educação**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES1.133/2001, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2001. Seção 1, p. 131.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 116/2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, 6 de junho de 2014.

COSTA, M. C. G.; TONHOM, S. F. R.; FLEUR, L. N. Ensino e Aprendizagem da Prática Profissional: Perspectiva de Estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, [S. l.], v. 40, n. 2, p. 245-253, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e01522014>.

FERREIRA, C. C.; SOUZA, A. M. L. Formação e Prática do Professor de Medicina: um Estudo Realizado na Universidade Federal de Rondônia. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 635-643, dez. 2016.

JONNAERT, P.; BORGHT, C. V. **Criar condições para aprender**: o sócio-construtivismo na formação do professor. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MITRE, S. M.; *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, [S. l.], v. 13, p. 2133-2144, 2008.

PAGLIOSA, F. L. ROS, M. A. D.; O relatório Flexner: Para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PERIM, G. L.; *et al.* Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 70-82, 2009.

RECORD, R. Programa Fala Brasil. Prova do Conselho Regional de Medicina de SP reprova mais da metade dos recém-formados. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3xOnMOh1aXY&t=36s>. Acesso em: 1 jul. 2019.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, A. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev. bras. educ. med.**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.

ROCHA, ROSANA. **O Método da Problematização**: Prevenção às Drogas na Escola e o Combate a Violência. (Programa de Desenvolvimento Educacional da Secretaria Estadual de Educação) – Universidade Estadual de Londrina. 2008

RUIZ, D. G.; FARENZENA, G. J.; HAEFFNER, L. S. B. Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Rev. bras. educ.**

med., Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 21-27, mar. 2010.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

TAROCO, A. P. R. M.; TSUJI, H.; HIGA, E. F. R. Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 12-21, jan. 2017.

TEIXEIRA, G. **Significado da competência**. Disponível no site: <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=12&texto=728>.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 176-179, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000200009&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 6 nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200009>.

ZEPPONE, S. C.; MONTI, J. F.; MARTINS, J. R.; CALLEGARI, F. V. R. Relato de Experiência da Construção de uma Proposta para Avaliação da Prática Profissional de um Curso Orientado por Competências. **Rev. bras. educ. med.**, [S. l.], v. 40, n. 4, p. 757-764, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01182014>.

ARTIGO 14

CONHECIMENTO E ATITUDES DE MULHERES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF WOMEN ABOUT OBSTETRIC VIOLENCE

Milena Silva Costa
Valeska Macêdo Cruz Cordeiro
Maria Andreza Gomes Maia
Naiane Rodrigues Alcantara Lobo
Marlene Menezes de Souza Teixeira
Estelita Lima Cândido

RESUMO

Objetivou-se analisar o conhecimento e atitudes de mulheres sobre violência obstétrica. Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado com mulheres residentes em dois municípios do interior cearense, brasileiro, selecionadas a partir de cálculo amostral e critérios de inclusão. Aplicou-se o questionário nos meses de janeiro a maio de 2022 e os dados foram tabulados no software Excel e transferidos para o software de domínio público denominado Epi Info, versão 7.2.5, para serem submetidos à análise descritiva. Seguiu-se os preceitos éticos da pesquisa. Os resultados evidenciaram que das 188 mulheres que participaram do estudo, 101 (53,7%) tinham entre 25 e 34 anos, 122 (64,9%) eram casadas ou possuíam relacionamento estável com companheiros(as), 120 (63,8%) se autodeclararam pardas, 71 (37,8%) possuíam o ensino médio completo, 143 (76,1%) não possuíam vínculo empregatício, 89 (47,3%) viviam com renda familiar inferior a um salário-mínimo, 143 (76,1%) eram católicas e 154 (81,9%) informaram que residiam na zona urbana dos municípios e 117 (62,2%) declararam que compreendiam a definição de violência obstétrica. As fontes de informações mais consultadas por 94 (50%) mulheres sobre o assunto foram os sites/redes sociais. A situação de desprezo, humilhação, ameaça, descaso e abandono pelos profissionais de saúde, foi afirmado por 153 (81,4%) mulheres como violência obstétrica e 115 (61,2%) delas afirmaram que denunciariam o(a) infrator(a). Conclui-se que apesar da escolaridade delas ser satisfatória para aquisição de saberes, o nível de conhecimento sobre violência obstétrica era incipiente, mesmo afirmando que teriam atitudes assertivas em casos de exposição a violações no ciclo gravídico e puerperal.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Violência Obstétrica; Conhecimento; Exposição à Violência.

1 INTRODUÇÃO

Violência obstétrica pode ser compreendida como qualquer conduta, ato ou omissão realizado por profissionais de saúde de instituição pública ou privada, que causa a apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres durante a assistência à gravidez, parto, pós-parto ou abortamento (SILVA; AGUIAR, 2020). Pode decorrer, também, das relações sociais desumanas, da rigidez hierárquica nas relações dos profissionais de saúde com as pacientes, das falhas no processo de comunicação e do uso inadequado de tecnologias (SILVA, 2017).

São considerados como situações de violência obstétrica a demora na assistência, a recusa de internações nos serviços de saúde e na administração de analgésicos, os maus tratos físicos, verbais e/ou psicológicos, a negligência, o desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, a realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, a detenção de mulheres e seus bebês nas instituições de saúde, as condutas sem consentimento ou informação, a não utilização de procedimentos recomendados ou a utilização de procedimentos desnecessários que possam causar danos maternos e fetais (LANSKY *et al.*, 2019).

Tais situações podem acontecer, em especial, quando as mulheres apresentam limitações dos saberes por falta de informações prévias à gestação e por déficit de orientações durante o acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, o que resulta em vulnerabilidade à violência obstétrica por desconhecimento.

Estudo brasileiro sobre violência à mulher apontou que uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência obstétrica no parto, que deixou sequelas físicas ou psicológicas (VENTURI; GODINHO, 2013). Com esse resultado e sobre os casos de desfechos desfavoráveis causados pela violência obstétrica, esse tema ganhou destaque no meio acadêmico e entre os movimentos políticos e sociais, por representar um grave problema de saúde pública brasileiro e atingir, em especial, as mulheres em situações de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso daquelas que têm baixa escolaridade, negras, usuárias de drogas e/ou com diagnóstico do vírus HIV (SENA; TESSER, 2017).

Com o aumento de casos denunciados, alguns estados brasileiros, como Santa Catarina, Tocantins, Mato Grosso do Sul e Ceará, criaram e aprovaram leis que dispõem sobre implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica (SANTA CATARINA, 2017; TOCANTINS,

2020; MATO GROSSO DO SUL, 2018; CEARÁ, 2020).

A Política Nacional de Humanização (PNH), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha, criados pelo Ministério da Saúde anteriormente a essas leis, também vislumbram a prevenção da violência obstétrica, por ter como principais objetivos o enfrentamento dos desafios quanto a qualidade e a dignidade no cuidado em saúde e a redução das taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal no país (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

Além de políticas públicas de saúde e leis protetivas é importante que as mulheres sejam informadas sobre o que é a violência obstétrica, os tipos, os possíveis perpetradores, as formas como se prevenir e como denunciar. Para elas terem acesso a essas informações, o tema precisa ser disseminado durante a atenção à saúde, em grupos de educação em saúde, pelas mídias sociais e por meio de pesquisas, para que assim, elas tomem decisões assertivas nos momentos em que identificar a exposição a esse tipo de violência.

Assim, o presente estudo objetiva analisar o conhecimento e atitudes de mulheres sobre violência obstétrica. A investigação sobre a temática poderá ser o primeiro passo para se verificar o que elas sabem e o que precisam conhecer para se protegerem das violações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Violência Obstétrica

A Violência Obstétrica está relacionada a qualquer ato exercido por um profissional de saúde que desrespeite o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, de acordo com situações desnecessárias como: medicalização, assistência insensibilizada, abusiva e com ações intervencionistas, assim como transformação do processo fisiológico da parturição em algo patológico (SILVA; AGUIAR, 2020).

A violência obstétrica afeta a experiência do ciclo gravídico e puerperal, podendo ser considerada como um fator preditor significativo sobre a mortalidade materna e é um importante problema social e de saúde pública (DINIZ *et al.*, 2015).

A atenção pré-natal é um dos momentos oportunos para os profissionais de

saúde abordarem questões relacionadas à gestação, parto e puerpério e, dentre os temas, devem ser contempladas as formas de violência obstétrica e as respectivas medidas preventivas e protetivas, como o acolhimento e humanização da assistência no ciclo gravídico e puerperal (COSTA *et al.*, 2020).

Tipos de Violência Obstétrica

Existem vários tipos de violência que poderão ser vivenciados pela gestante, parturiente ou puérpera, seja durante as consultas de pré-natal ou até mesmo no momento do parto e puerpério, desta forma, entende-se como tipos de violência obstétrica a verbal, a violência física, a psicológica, a institucional.

A violência verbal é identificada por meio de palavras de autoritarismo e de ironia do violador, pode causar traumas psicológicos na mulher, levando-a à desistência de uma gestação futura. A violência física causa marcas negativas mais evidentes, por deixar sequelas corporais, como é o caso da episiotomia e da manobra de Kristeller, que são procedimentos não mais recomendados pelas agências de saúde, por ocasionarem danos à saúde materna e estarem associados a desfechos desfavoráveis ao recém-nascido (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021).

A violência psicológica talvez seja a que mais acontece e menos é percebida pela mulher, por achar que sua condição de gestação deva aceitar todas as imposições dos perpetradores. A violência institucional também pode deixar sequelas psíquicas e físicas na mulher, através da abordagem inadequada durante a assistência, por meio da negação de procedimentos necessários e pela ausência do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, apesar deste, ser um direito previsto na Lei nº 11.108/2005 (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo é do tipo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com mulheres residentes em dois municípios do interior cearense, selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter histórico de assistência obstétrica nos serviços públicos e/ou privados dos referidos municípios, estar cadastrada nas equipes de Estratégia Saúde da Família, ter capacidade de responder o instrumento de coleta de dados, estar com idade mínima de 18 anos e máxima de 49 anos. Foram excluídas

do estudo as mulheres que deixaram o questionário incompleto. Depois do cálculo amostral e da seleção, o estudo resultou em 188 mulheres.

Para coleta de dados, utilizou-se um questionário com perguntas sobre as características sociodemográficas, conhecimentos e atitudes das mulheres sobre violência obstétrica. O instrumento foi aplicado nos meses de janeiro a maio de 2022, de forma virtual (pelos aplicativos WhatsApp, Instagram e/ou endereço eletrônico) e presencial no domicílio, conforme a escolha das participantes.

Os dados foram tabulados no software Excel e transferidos para o software de domínio público denominado Epi Info, versão 7.2.5, desenvolvido pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), para serem submetidos a análise descritiva. Os resultados estão apresentados em tabelas e foram discutidos conforme literatura.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do conselho nacional de saúde e teve aprovação do comitê de ética em pesquisa, sob o parecer: 5.168.808.

4 RESULTADOS

Os resultados sobre as características sociodemográficas e os quesitos que subsidiaram a análise do conhecimento de 188 mulheres sobre violência obstétrica, encontram-se distribuídos nas tabelas a seguir.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das participantes da pesquisa

Idade (anos)	Nº	%
18-24	67	35,6
25-34	101	53,7
35-45	20	10,7
Estado civil		
Casada/união estável	122	64,9
Solteira	62	33,0
Divorciada	4	2,1
Autodeclaração racial		
Amarela	5	2,7
Branca	32	17,0
Indígena	2	1,1
Negra	29	15,4

Parda	120	63,8
Escolaridade		
Fundamental completo	23	12,3
Fundamental incompleto	34	18,1
Médio completo	71	37,8
Médio incompleto	15	7,9
Superior completo	15	7,9
Superior incompleto	19	10,1
Pós-graduação	11	5,9
Vínculo empregatício		
Não	143	76,1
Sim	45	23,9
Ocupações		
Profissionais da saúde	11	5,8
Professora	6	3,2
Trabalhadoras do comércio	28	14,9
Autônoma	12	6,4
Do lar	107	56,9
Outras	24	12,8
Rendimento familiar		
Menos de um salário-mínimo	89	47,4
De 1 a 2 salários-mínimos	83	44,1
Maior que 2 salários-mínimos	16	8,5
Religião		
Candomblé	1	0,5
Católica	143	76,1
Espírita	2	1,1
Evangélica	31	16,5
Não tenho religião	10	5,3
Outra	1	0,5
Zona residencial		
Área urbana	154	81,9
Área rural	34	18,1
Plano de saúde suplementar		
Não	153	81,4
Sim	35	18,6

Fonte: Autoria própria (2022).

As características sociodemográficas descritas na Tabela 1 evidenciaram que das 188 mulheres que participaram do estudo, 101 (53,7%) estavam na faixa etária entre 25 e 34 anos, 122 mulheres (64,9%) eram casadas ou possuíam relacionamento estável com companheiros(as) e 120 (63,8%) se autodeclararam pardas.

Todas as participantes relataram anos de estudo escolar, sendo que 71 (37,8%) possuíam o ensino médio completo e 11 (5,9%) apresentavam pós-graduação. Quanto à ocupação, 143 (76,1%) mulheres não possuíam vínculo empregatício, 107 (56,9%) afirmaram que tinham as atividades do lar como ocupação principal e 89 (47,4%) mulheres viviam com renda familiar inferior a um salário-mínimo (Tabela 1).

Quanto à religião, 143 (76,1%) se declararam católicas e 154 (81,9%) mulheres informaram que residiam na zona urbana dos municípios. Ademais, 153 (81,4%) delas não possuíam planos de saúde suplementar e seus cuidados de saúde eram provenientes exclusivamente de serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Tabela 1).

Tabela 2 - Conhecimento e atitude das mulheres sobre violência obstétrica

VARIÁVEIS	Nº	%
Compreendem a definição de violência obstétrica		
Sim	117	62,2
Não	71	37,8
Fontes de informações utilizadas pelas mulheres sobre violência obstétrica		
Profissionais de saúde	32	10,7
Família/ Amigos	45	15,1
Sites/ Redes Sociais	94	31,5
Televisão/ Jornais/Revistas	45	15,1
Folders/cartilhas	7	2,4
Curso preparatório para gestação, parto e pós-parto	7	2,4
Nunca procurei me informar sobre violência obstétrica	68	22,8
Reconhecem as situações de violência obstétrica que podem acontecer nos serviços de saúde*		
Negar atendimento à gestante	147	78,2
Recusar internações quando a gestante necessita	108	57,5
Impedir o(a) acompanhante fazer perguntas sobre a gestação	76	40,4
Impedir a entrada do(a) acompanhante na consulta de pré-natal	66	35,1
Não permitir que a gestante esclareça dúvidas	93	49,5
Impedir a entrada do(a) acompanhante nos exames laboratoriais e complementares	61	32,5

Quando os profissionais de saúde não explicam a finalidade dos exames	63	33,5
A gestante ser induzida nas consultas a um parto cesariano de forma desnecessária	87	46,3
Realizar 6 ou mais exames de toque para avaliar a dilatação do colo do útero	91	48,4
Separar mãe e filho na maternidade sem necessidade	87	46,3
Maternidade impediu a entrada do acompanhante	78	41,5
Desumanização para amamentação	89	47,3
Negligência durante a assistência no pré-natal, parto e/ou pós-parto	113	60,1
Quando ocorre recusa dos profissionais para administração de analgésicos na maternidade	54	28,7
Maus tratos físicos, verbais e/ou psicológicos	141	75,0
Desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas	115	61,2
Realização de procedimentos não autorizados pela mulher	97	51,6
A mulher ser julgada pelos profissionais de saúde quanto ao número de filhos	87	46,3
Omissão de informações	88	46,8
Informações prestadas em linguagem pouco acessível	65	34,6
Desprezo, humilhação, ameaça, descaso e abandono pelos profissionais de saúde	153	81,4
Atitude frente a possíveis casos de violência obstétrica*		
Tentaria se defender	92	48,9
Denunciaria o(a) infrator(a)	115	61,2
Não apresentaria reações por não perceber que se tratava de violência obstétrica.	28	14,9

*A participante poderia escolher mais de uma opção.

Fonte: Autoria própria (2022).

A Tabela 2 revelou que 117 (62,2%) mulheres declararam que compreendem a definição de violência obstétrica. As fontes de informações mais consultadas por 94 (31,5%) mulheres sobre o assunto foram os sites/redes sociais, contrapondo-se a 68 (22,8%) que não buscaram esse tipo de saber, o que pôde deixá-las em situações de vulnerabilidade para as violações.

Quanto ao reconhecimento das situações de violência obstétrica que podem acontecer nos serviços de saúde, a que mais teve representatividade foi a situação de desprezo, humilhação, ameaça, descaso e abandono pelos profissionais de saúde, afirmado por 153 (81,4%) mulheres (Tabela 2).

Outros casos identificados como violência obstétrica por um percentual de mulheres superior a 50% do total das participantes, foi o atendimento negado à gestante, reconhecido por 147 (78,2%) mulheres; os maus tratos físicos, verbais e/ou psicológicos, por 141 (75%) delas; o desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, foi pontuado por 115 (61,2%) mulheres; a negligência durante a assistência no pré-natal, parto e/ou pós-parto, por 113 (60,1%) mulheres; e a realização de procedimentos não autorizados pela mulher, mencionado por 97 (51,6%) participantes (Tabela 2).

Sobre as atitudes que elas teriam diante de possíveis casos de violência obstétrica, 115 (61,2%) mulheres afirmaram que denunciaria o(a) infrator(a), 92 (48,9%) tentaria se defender e 28 (14,9%) não apresentaria reações por não perceber que se tratava de violência obstétrica (Tabela 2).

5 DISCUSSÃO

A análise das características sociodemográficas das mulheres que participaram dessa pesquisa demonstrou que a maioria era jovem, com união conjugal estável e de média escolaridade, pressupondo-se que elas tinham conhecimento sobre violência obstétrica.

Silva *et al.* (2017) afirmam que quanto menos escolaridade a mulher apresentar, menor será o conhecimento sobre o assunto e maior será a vulnerabilidade aos casos. Apesar dessa hipótese, o estudo revelou que mesmo a maioria apresentando nível médio de escolaridade, elas tiveram dificuldades de identificar alguns exemplos de violência obstétrica, o que faz considerar que apesar do nível de escolaridade influenciar nos saberes, ele não é o determinante principal para as mulheres conhecerem o assunto.

Diniz *et al.* (2016) acrescentam que as variáveis sobre a renda e o local de moradia podem influenciar o conhecimento das mulheres e os riscos expostos à violência obstétrica, por entenderem que elas são decisivas no momento de ter acesso aos meios de comunicação para obter informações.

Lansky *et al.* (2019) acrescentam que o uso de plano de saúde complementar também faz diferença no acesso às informações, por pressupor que os profissionais credenciados aos planos, geralmente, oferecem uma abordagem mais detalhada sobre todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, em contrapartida, acreditam que

nem todos os profissionais de saúde que atendem pelo SUS conduzem da mesma forma, caracterizando como uma violência obstétrica por negligência de informações.

Percebeu-se nesse estudo que as mulheres estão utilizando as tecnologias de informação e comunicação atuais para obter novos conhecimentos, pois elencaram os sites e as redes sociais como as principais fontes para aquisição das informações sobre o tema em tela. Nos últimos anos, vem sendo observado que as pessoas passaram a usar mais a internet para conhecer diferentes assuntos, acentuando-se com a pandemia da Covid-19 (PEREIRA *et al.*, 2022).

Apesar de elas terem usado as fontes de informações mencionadas no estudo e a maioria afirmar que conheciam a definição sobre violência obstétrica, dos 21 exemplos de situações que podem acontecer nos serviços de saúde expostos nesse estudo, apenas sete exemplos foram mencionados pela maioria das participantes, demonstrando a incipiência no conhecimento.

Por fim, elas demonstraram ter atitudes assertivas se caso fossem submetidas a violações durante o período gravídico – puerperal. E para aquelas que não apresentariam reações por não perceber que se tratava de violência obstétrica, fica o alerta para que numa futura gestação, possa receber a atenção merecida e as informações adequadas para proteção e prevenção das violações.

6 CONCLUSÕES

Conclui-se que apesar da escolaridade das mulheres deste estudo ser satisfatória para aquisição de saberes, o nível de conhecimento delas sobre violência obstétrica era incipiente, mesmo elas afirmando que teriam atitudes assertivas em casos de exposição a violações no ciclo gravídico e puerperal.

Espera-se que esses resultados subsidiem ações de educação em saúde sobre violência obstétrica ofertadas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família e que outros estudos que vislumbram esse tema, sejam efetivados com o intuito de encontrar novos resultados e promover outras contribuições.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a Universidade Federal do Cariri e a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- CEARÁ, Assembleia Legislativa. **Aprovada lei para combater violência obstétrica no Ceará**. 2020. Disponível em: <http://al.ce.gov.br/index.php/todas-noticias/item/66714-aprovada-lei-para-combater-violencia-obstetrica-no-ceara>. Acesso em: 28 set. 2022.
- COSTA, N. Y.; CORREA, L. R. S.; PANTOJA, G. X.; PENELA, A. S.; SANTOS, S. F. D.; FRANCO, I. M.; ARAUJO, N. O.; BARROS, V. V.; COSTA, P. V. D. P.; NOGUEIRA, L. M. V. O pré-natal como estratégia de prevenção a violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 12, p. 4929-4929, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4929.2020>.
- DINIZ, C. S. G.; BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S.; SCHLITZ, A. O. C.; QUEIROZ, M. R.; CARVALHO, P. C. A. Desigualdades Sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Revista Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 561-572, jul./set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162647>.
- DINIZ, S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; CARVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. A.; NIY, D. Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Revista Journal of Human Growth and Development**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 377-382, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.
- GUIMARAES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>.
- LANSKY, S.; SOUZA, K. V.; PEIXOTO, E. R. M.; OLIVEIRA, B. J.; DINIZ, C. S. G.; VIEIRA, N. F.; CUNHA, R. O.; FRICHE, A. A. L. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.
- LIMA, K. D.; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 4909-4918, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>.

MATO GROSSO DO SUL, Governo do Estado. **Lei nº 5.217 de 26 de junho de**

2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. LegisWeb. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=361631>. Acesso em: 28 set. 2022.

PEREIRA NETO, A.; FERREIRA, E. C.; DOMINGOS, R. L. A. M. T.; BARBOSA, L.; VILHARBA, B. L. A.; DORNELES, F. S.; REIS, V. S.; SOUZA, Z. A.; GRAEFF, S. V. B. Avaliação da qualidade da informação de sites sobre Covid-19: uma alternativa de combate às fake news. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 46, n. 132, p. 30-46, jan./mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213202>.

SANTA CATARINA, Governo do Estado. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. 17 jan. 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 28 set. 2022.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface: comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.

SILVA, L. N. M.; SILVEIRA, A. P. K. F.; MORAIS, F. R. R. Programa de Humanização do Parto e Nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. *Rev. Enferm. UFPE on line*, [S. l.], v. 11, n. supl. 8, p. 3290-3294, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/revol.11135-99435-1-ED.1108sup201713>.

SILVA, M. I.; AGUIAR, R. S. Conhecimento de enfermeiros da atenção primária acerca da violência obstétrica. *Nursing*, São Paulo, v. 23, n. 271, p. 5013-5024, dez. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147016>. Acesso em: 29 set. 2022.

SILVA, T. S.; MELO, R. O.; SODRÉ, M. P.; MOREIRA, R. C. R.; SOUZA, Z. C. S. N. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. *Revista Ciência em Extensão*, [S. l.], v. 13, n. 1, 2017. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1589/1360. Acesso em: 29 set. 2022.

SILVA, T. L. **Contribuições da Literacia em Saúde (Health Literacy) para o aprimoramento das ações de educação em saúde na Atenção Básica**. 2017. 264 f. Rio de Janeiro, 2017.

TOCANTINS, Governo do Estado. **Lei nº 3.674, de 26 de maio de 2020**. Altera a Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. 26 maio 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=396083>. Acesso em: 29 set. 2022.

VENTURI, G.; GODINHO, T. (Org.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições Sesc SP, 2013, 504 p.

ORGANIZADORAS



Estelita Lima Cândido. Pós-doutora em Ciências da Saúde (FMABC). Doutora em Biotecnologia (UFAL). Mestre em Saúde Pública (UFC). Professora Adjunta da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Líder do Núcleo de desenvolvimento e aplicação de estratégias para o combate a doenças e agravos das coletividades humanas.

E-mail: estelita.lima@ufca.edu.br



Polliana de Luna Nunes Barreto. Doutora em Educação (UFC). Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior (UFC). Professora Adjunta da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Vice-líder do Laboratório de estudos urbanos, sustentabilidade e políticas públicas (LAURBS).

E-mail: polliana.luna@ufca.edu.br



Laura Hévila Inocencio Leite. Doutora em Biotecnologia (UECE). Mestre em Bioprospecção Molecular (URCA). Professora Adjunta da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Vice-reitora e Pró-reitora de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação – PRPI/UFCA.

E-mail: laura.leite@ufca.edu.br

Este e-book vem ao encontro das necessidades de pesquisadoras e pesquisadores das mais variadas áreas do conhecimento que se consubstancia no acesso aos debates acadêmicos e políticos que são caros à Saúde Coletiva. Cada vez mais a transdisciplinaridade se firma como elemento essencial desse campo. Nessa direção, o desafio colocado para esta obra, consiste em propor uma amostra transversal, integrada e interdisciplinar, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário e a sociedade, compondo redes de compromisso e molas propulsoras para a o desenvolvimentos de instrumentos que apontem para a qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

UFCA
UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CARIRI

