

Organizadoras:
Isabelle Ribeiro Barbosa
Anna Cecília Queiroz de Medeiros
Talita Araújo de Souza

Horizontes e Realidades em Saúde Coletiva:

*produção do conhecimento no Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPgSACOL/UFRN*



Organizadoras:
Isabelle Ribeiro Barbosa
Anna Cecília Queiroz de Medeiros
Talita Araújo de Souza

Horizontes e Realidades em Saúde Coletiva:

*produção do conhecimento no Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPgSACOL/UFRN*



Universidade do Estado do Rio Grande do Norte



Reitora

Cicília Raquel Maia Leite

Vice-Reitor

Francisco Dantas de Medeiros Neto

Diretora de Sistema Integrado de Bibliotecas

Jocelânia Marinho Maia de Oliveira

Chefe da Editora Universitária – EDUERN

Francisco Fabiano de Freitas Mendes



Conselho Editorial das Edições UERN

José Elesbão de Almeida

Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima

Kalidia Felipe de Lima Costa

Regina Célia Pereira Marques

Maria José Costa Fernandes

José Cezinaldo Rocha Bessa

Diagramação

Lucas Gabriel Fernandes Nunes

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

Catlogação da Publicação na Fonte.

Horizontes e realidade em saúde coletiva: a produção do conhecimento no programa de pós-graduação em saúde coletiva PPGSACOL/UFRN [recurso eletrônico]. / Isabelle Ribeiro Barbosa, Anna Cecília Queiroz de Medeiros, Talita Araújo de Souza (orgs.). – Mossoró, RN: Edições UERN, 2022.

268 p.

ISBN: 978-85-7621-347-5 (E-book).

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. 3. Políticas públicas – Saúde I. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. II. Título.

UERN/BC

CDD 614

Bibliotecário: Aline karoline da Silva Araújo CRB 15 / 783

Editora Filiada á



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Meus amigos e minhas amigas,

O Programa de Divulgação e Popularização da Produção Científica, Tecnológica e de Inovação para o Desenvolvimento Social e Econômico do Rio Grande do Norte, pelo qual foi possível a edição de todas essas publicações digitais, faz parte de uma plêiade de ações que a Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN), em parceria, nesse caso, com a Fundação Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FUERN), vem realizando a partir do nosso Governo.

Sempre é bom lembrar que o investimento em ciência auxilia e enriquece o desenvolvimento de qualquer Estado e de qualquer país. Sempre é bom lembrar ainda que inovação e pesquisa científica e tecnológica são, na realidade, bens públicos que têm apoio legal, uma vez que estão garantidos nos artigos 218 e 219 da nossa Constituição.

Por essa razão, desde que assumimos o Governo do Rio Grande do Norte, não medimos esforços para garantir o funcionamento da FAPERN. Para tanto, tomamos uma série de medidas que tornaram possível oferecer reais condições de trabalho. Inclusive, atendendo a uma necessidade real da instituição, viabilizamos e solicitamos servidores de diversos outros órgãos para compor a equipe técnica.

Uma vez composto o capital humano, chegara o momento também de pensar no capital de investimentos. Portanto, é a primeira vez que a FAPERN, desde sua criação, em 2003, tem, de fato, autonomia financeira. E isso está ocorrendo agora por meio da disponibilização de recursos do PROEDI, gerenciados pelo FUNDET, que garantem apoio ao desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação (CTI) em todo o território do Rio Grande do Norte.

Acreditando que o fortalecimento da pesquisa científica é totalmente perpassado pelo bom relacionamento com as Instituições de Ensino Superior (IES), restabelecemos o diálogo com as quatro IES públicas do nosso Estado: UERN, UFRN, UFERSA e IFRN. Além disso, estimulamos que diversos órgãos do Governo fizessem e façam convênios com a FAPERN, de forma a favorecer o desenvolvimento social e econômico a partir da Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI) no Rio Grande do Norte.

Por fim, esta publicação que chega até o leitor faz parte de uma série de medidas que se coadunam com o pensamento – e ações – de que os investimentos em educação, ciência e tecnologia são investimentos que geram frutos e constroem um presente, além, claro, de contribuir para alicerçar um futuro mais justo e mais inclusivo para todos e todas!

Boa leitura e bons aprendizados!



Fátima Bezerra

Governadora do Rio Grande do Norte

Parceria pelo
Desenvolvimento
Científico do **RN**

A Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN) e a Fundação Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FUERN) sentem-se honradas pela parceria firmada em prol do desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação. A publicação deste livro eletrônico (*e-book*) é fruto do esforço conjunto das duas instituições, que, em setembro de 2020, assinaram o Convênio 05/2020–FAPERN/FUERN, que, dentre seus objetivos, prevê a publicação de quase 200 e-books. Uma ação estratégica como fomento de divulgação científica e de popularização da ciência.

Esse convênio também contempla a tradução de *sites* de Programas de Pós-Graduação (PPGs) das Instituições de Ensino Superior do Estado para outros idiomas, apoio a periódicos científicos e outras ações para divulgação, popularização e internacionalização do conhecimento científico produzido no Rio Grande do Norte. Ao final, a FAPERN terá investido R\$ 100.000,00 (cem mil reais) oriundos do Fundo Estadual de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNDET), captados via Programa de Estímulo ao Desenvolvimento Industrial do Rio Grande do Norte (PROEDI), programa aprovado em dezembro de 2019 pela Assembleia Legislativa na forma da Lei 10.640, sancionada pela governadora, professora Fátima Bezerra.

Na publicação dos *e-books*, estudantes de cursos de graduação da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) são responsáveis pelo planejamento visual e diagramação das obras. A seleção dos bolsistas ficou a cargo da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE/UERN).

Foram 41 obras submetidas em sete (07) editais, 38 delas serão lançadas. Os editais abrangeram diferentes temáticas assim distribuídas: no Edital 17/2020 - FAPERN, os autores/organizadores puderam inscrever as obras resultantes de suas pesquisas de mestrado e doutorado defendidas junto aos PPGs de todas as Instituições de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICTIs) do Rio Grande do Norte, bem como coletâneas que foram resultados de trabalhos dos grupos de pesquisa nelas sediados.

No Edital nº 18/2021 - FAPERN, realizou-se a chamada para a publicação de *e-books* sobre o tema “Turismo para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte”. No Edital nº 19/2021 - FAPERN, foi inscrita a chamada para a publicação de *e-books* sobre o tema “Educação para a cidadania e para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. No Edital nº 20/2021 - FAPERN, foi realizada a chamada para a publicação de *e-books* sobre o tema «Saúde Pública, desenvolvimento social e cidadania no Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. O Edital nº 21/2021 - FAPERN trouxe a chamada para a publicação de *e-books* sobre o tema “Segurança pública, desenvolvimento

social e cidadania no Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. O Edital nº 22/2021 - FAPERN apresentou a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Pesquisas sobre o Bicentenário da Independência do Brasil (1822-2022): desdobramentos para o desenvolvimento social e/ou econômico do RN”. O Edital nº 23/2021 – FAPERN realizou a chamada para a publicação de *e-books* sobre o tema “Pesquisas sobre o Centenário da Semana de Arte Moderna (1992-2022) desdobramentos para o desenvolvimento social e/ou econômico do RN”.

Com essa parceria, a FAPERN e a FUERN unem esforços para o desenvolvimento do Estado do Rio Grande do Norte, acreditando na força da pesquisa científica, tecnológica e de inovação que emana das instituições potiguaras, reforçando a compreensão de que o conhecimento é transformador da realidade social.

Agradecemos a cada autor(a) que dedicou seu esforço na concretização das publicações e a cada leitor(a) que nelas tem a oportunidade de ampliar seu conhecimento, objetivo final do compartilhamento de estudos e pesquisas.



*Maria Lúcia
Pessoa Sampaio*

Diretora-Presidente da FAPERN

*Cicília Raquel
Maia Leite*

Presidente da FUERN



Apresentação

Esta coletânea foi elaborada especialmente para apresentarmos os horizontes e as realidades da produção científica que tem sido desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSacol), mestrado acadêmico vinculado à Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, unidade acadêmica da UFRN localizada no município de Santa Cruz-RN.

Resultado do esforço conjunto de docentes, alunos e egressos do PPgSacol, esta obra, per si, já denota os desafios abraçados pelo programa no que tange à consolidação da interiorização do ensino e da pesquisa, da missão de ser propulsor de desenvolvimento pela formação de professores e pesquisadores para o Rio Grande do Norte e o restante do país, sem nunca esquecer o lugar aonde estamos, sempre com o olhar atento às demandas e particularidades da região do Trairi. Para além da missão acadêmica, um programa de pós-graduação com um importante papel social.

Esta é a segunda coletânea produzida a partir de iniciativas desenvolvidas no PPgSacol: nossa primeira coletânea floresceu a pesquisa no Trairi, trazendo relatos, discussões desenvolvidas ao longo de disciplinas, parcerias científicas e de projetos de dissertação com nossos mestrandos. Nesta segunda experiência, procuramos trazer horizontes delineados a partir de reflexões científicas e realidades constatadas nas pesquisas por nós desenvolvidas. São trabalhos que se desenharam a partir dos novos arranjos que o programa tem vivenciado nos últimos dois anos, dentre estes, os impactos da pandemia pela COVID-19 na organização do trabalho na universidade e fora dela.

Considerando o campo da Saúde Coletiva o eixo norteador, a organização desta coletânea aborda a produção do conhecimento na linha de Epidemiologia e condições de vida e saúde da população e na linha do Trabalho, educação e a produção social do processo saúde-doença. Ao longo dos 21 capítulos, agrupadas em cinco grandes temas, essas duas linhas se entrelaçam, apresentando o processo de saúde-doença-atenção como processo social em diversos grupos e populações, destacando sua distribuição geográfica, histórica e social e, as maneiras em que cada sociedade define suas demandas e se organiza para satisfazer suas necessidades em saúde.

Desse modo, o destaque se dá para os temas que emergiram dessas produções. Neste quesito, a Seção 1 traz capítulos que debatem o trabalho no contexto da pandemia, trazendo à tona a interprofissionalidade e as ações desenvolvidas no trabalho na Atenção Primária à Saúde, a percepção do risco de contaminação e os impactos psicossociais e físicos decorrentes do trabalho neste período. Na seção 2, emerge o tema da Saúde Mental, nos quais são tratados aspectos do comportamento suicida e sobre a oferta de serviços, a atuação de profissionais e a qualidade de vida de usuários da Rede de Atenção Psicossocial. Na seção 3, são apresentados

capítulos que debatem cidadania, equidade e acesso a serviços de saúde. Estes foram seguidos da Seção 4, que é formada por quatro capítulos sobre a Saúde da criança e do adolescente, e por fim, a Seção 5 é composta por quatro capítulos de temas diversos que trataram sobre feminismo e aborto, deficiência, infecção por chikungunya e nutrição e cronobiologia.

A Saúde Coletiva, além de ser um campo do conhecimento, é uma forma de atuação na sociedade. É um campo de saberes e de práticas, sempre em construção, e por isso, aberto às novas realidades e horizontes. Neste sentido, esperamos que este livro possa contribuir com a reflexão sobre a produção do conhecimento na Pós-Graduação em Saúde Coletiva e possa fomentar o debate a respeito deste campo sempre aberto à incorporação de propostas inovadoras.

Isabelle Ribeiro Barbosa

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde no Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGSACOL FACISA UFRN)

¹Valença, Cecília Nogueira(Org.). Saúde Coletiva no Trairi: florescendo a pesquisa Potiguar. Mossoró-RN: EDUERN, 2021. 257 p.

SUMÁRIO

SEÇÃO 1 - TRABALHO NO CONTEXTO DA PANDEMIA

CAPÍTULO 1 - O PAPEL DA APRESENTAÇÃO PRIMÁRIA FRENTE A DESAFIOS NA PANDEMIA DE COVID-19.....	14
CAPÍTULO 2 - INTERPROFISSIONALIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID 19.....	20
CAPÍTULO 3 - RISCO DE CONTAMINAÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DO LABORATÓRIO DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL EM NATAL-RN.....	31
CAPÍTULO 4 - TRABALHO EM CASA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 E OS IMPACTOS NA SAÚDE MUSCULOESQUELÉTICA DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS.....	41
CAPÍTULO 5 - OS IMPACTOS PSICOSSOCIAIS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DECORRENTES DA SUA ATUAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA.....	53

SEÇÃO 2 - SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 6 - A DEMANDA DE SAÚDE MENTAL E AS CONEXÕES INTERSETORIAIS ENTRE SERVIÇOS PRESENTES NO TERRITÓRIO: REFLEXÕES EM DUAS CIDADES DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO.....	65
CAPÍTULO 7 - ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS.....	77
CAPÍTULO 8 - VIGILÂNCIA E EPIDEMIOLOGIA DO COMPORTAMENTO SUICIDA.....	91
CAPÍTULO 9 - ANÁLISE SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS ASSISTIDOS PELO CAPS AD EM UM MUNICÍPIO DO LITORAL PARAIBANO.....	105

SEÇÃO 3 - CIDADANIA, EQUIDADE E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO 10 - DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: PANORAMA MUNDIAL E O DESTAQUE PARA O PAPEL DO GÊNERO.....	115
CAPÍTULO 11 -CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CONCEITO DE CIDADANIA BIOLÓGICA EM CONTEXTOS DE CRISE SANITÁRIA	134
CAPÍTULO 12 - POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E INIQUIDADES NO ACESSO AO EXAME PAPANICOLAU PELA POPULAÇÃO NEGRA.....	147
CAPÍTULO 13 - O DILEMA ENTRE REDISTRIBUIÇÃO E RECONHECIMENTO PARA COMPREENSÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE	159

SEÇÃO 4 - SAÚDE DE CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

CAPÍTULO 14 - A PANDEMIA DA COVID-19 E A SAÚDE DAS CRIANÇAS.....	169
CAPÍTULO 15 - EXPOSIÇÃO AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA: UM OLHAR SOBRE OS ASPECTOS ÉTNICO-RACIAIS	177
CAPÍTULO 16 - FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DA MAMADA (FOAM) DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: INDÍCIOS DE VALIDADE.....	186
CAPÍTULO 17 - A COR DA MORTE: HISTÓRIA E CONTEXTO DA NATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A JUVENTUDE NO BRASIL.....	197

SEÇÃO 5 - TEMAS GERAIS

CAPÍTULO 18- DISCUTINDO DEFICIÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA	213
CAPÍTULO 19 - MULHERES QUE LIDAM COM O SOFRIMENTO E O JULGAMENTO: CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS E FEMINISTAS SOBRE O ABORTO.....	228

CAPÍTULO 20 - CARACTERÍSTICAS DA FEBRE CHIKUNGUNYA EM RESIDENTES DA CAPITAL DO RIO GRANDE DO NORTE.	241
CAPÍTULO 21 - NUTRIÇÃO E CRONOBIOLOGIA NO ÂMBITO DA SAÚDE COLETIVA	252
SOBRE AS ORGANIZADORAS	263
SOBRE OS AUTORES (em ordem alfabética)	263

SEÇÃO 1- TRABALHO NO CONTEXTO DA PANDEMIA

CAPÍTULO 1 – O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE A DESAFIOS NA PANDEMIA DE COVID-19.

Julyenne Dayse Gomes de Oliveira
Cecília Nogueira Valença
Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa

À guisa de introdução: a pandemia e o sistema único de saúde

De acordo com *Johns Hopkins University (2020)*, a pandemia pelo novo coronavírus, causador da COVID-19, retrata um dos sumos desafios sanitários em escala mundial deste século. Na primeira semana do mês de abril, poucos meses depois do início da epidemia na China, em dezembro de 2019, já eram reportados mais de 1,5 milhão de casos e 85 mil mortes no mundo.

De acordo com Medina et al. (2020), dentro desse cenário de pandemia a solução sanitária tem sido canalizada por meio dos serviços hospitalares, com ações para a ampliação do número de leitos, em particular, de unidades de tratamento intensivo e respiradores pulmonares para o tratamento das formas graves da doença.

Neste contexto de esforços mundiais para atender desde pessoas com sintomas respiratórios até os quadros de síndrome respiratória aguda grave, emerge a discussão do esgotamento de leitos hospitalares nos serviços de saúde e da organização dos sistemas de saúde pelo Estado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema de saúde pública do mundo que garante atendimento integral, universal e com equidade, atendimento de alta complexidade e ainda abrange vários níveis de atenção à saúde dos brasileiros.

Um dos componentes que ganha destaque deste sistema é o de fornecer atenção integral à saúde, abrangendo não somente os cuidados assistenciais, mas também a oferta de serviços de prevenção de agravos e doenças e promoção da saúde, na perspectiva de atender as demandas da população e melhorar a qualidade de vida no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 1990a).

O Ministério da Saúde (MS) organizou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo coronavírus, definindo os níveis de resposta em tempo real para objetivar a preparação e adaptação da rede nacional de atenção à saúde, assim como a estrutura de direção em cada nível de governo: nacional, estadual e municipal. Além disso, foram pactuados os Planos de Contingência estaduais baseados no Plano Nacional e validados pelo Ministério da Saúde pelo Comitê Intergestores Tripartite (BRASIL, 2020b).

Sem retirar a relevância da adequada estruturação da atenção especializada no SUS, voltada para os cuidados aos casos mais graves da COVID-19, este ensaio teórico parte da premissa de que é preciso acautelar que, no campo da atenção primária à saúde (APS), muito se tem a fazer para o controle da pandemia no país.

Este texto se trata de um ensaio teórico, o qual é concebido “como um estudo bem desenvolvido, formal, discursivo e congruente, concludente” (SALVADOR, 1991, p.163), visto que consiste na exposição reflexiva, lógica e argumentativa. Este gênero de trabalho científico permite interpretações e julgamentos dos autores, que possuem liberdade para defender determinada posição em que se tenha de se apoiar no rigoroso e coletivo aparato de documentação empírica e bibliográfica como acontecia nos tipos anteriores de trabalho. (SEVERINO, 2007).

Como fazer a reorganização da atenção primária à saúde para suprir a demanda da pandemia de COVID-19?

De fato, o ensaio não dispensa um rigor lógico e a coerência de argumentação e por isso mesmo exige grande informação cultural e muita maturidade intelectual. Daí muitos dos grandes pensadores preferem esta forma de trabalho para expor suas ideias científicas ou filosóficas (SEVERINO, 2007).

De acordo com os preceitos do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que no começo dos anos 90 era denominada Programa Saúde da Família (PSF), é o artifício prioritário para a organização e fortalecimento da APS. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é base para a prestação de cuidado, sistematização das ações, estruturação e organização dos serviços por parte dos gestores e profissionais de saúde nela inseridos (FERTONANI et al., 2015).

As diretrizes inseridas nas PNAB dos anos 2006 e 2011 conformaram a ESF como principal meio de expansão do acesso e da garantia do direito à saúde, em que as práticas precisariam ser orientadas pelas necessidades regionais e pelos determinantes sociais em saúde, que impactava o processo saúde-doença, tanto no campo do indivíduo, no contexto familiar e comunitário (ENGSTROM et al., 2020).

Portanto, a capacidade que a ESF tem de reorganizar a APS no Brasil, de modo a reorientar o processo de trabalho em saúde, também repercute no seu potencial para o combate ao avanço da pandemia no Brasil.

Nessa perspectiva, a reorganização dos serviços de APS para enfrentar a pandemia da COVID-19 e manter a demanda de suas ações é imprescindível, e suas readequações vêm sendo destacadas em documentos e relatórios produzidos no país.

A ESF tem maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

Apesar das fragilidades de atuação das equipes, nota-se que a ESF é o modelo mais adequado por possuir responsabilidade territorial e a orientação comunitária, amparando as populações em situação de isolamento social, mantendo o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde (DUNLOP, 2020).

A competência resolutiva da APS pode determinar melhores atuações nos territórios e áreas adscritas durante a pandemia, pois ela é considerada potente à redução de iniquidades populacionais, sendo necessário que haja uma maior distribuição de incentivos e recursos financeiros em sua estrutura nesse período pandêmico relacionando com os indicadores em saúde (ALVES, 2020).

O papel da APS na resposta à pandemia inclui identificar e gerenciar casos suspeitos e confirmados precocemente; reforçar a vigilância do território; prevenir a transmissão do vírus entre os trabalhadores da saúde e contatos; promover a disseminação da informação acerca das medidas de prevenção, envolvendo a comunidade; e manter os serviços essenciais à população. A APS deve ser considerada diante de situações emergenciais, como as epidemias de dengue, Zika, febre amarela, Chikungunya e, também agora, a COVID-19 (BRASIL, 2020c).

O conhecimento do território é a base da atenção primária, assim como o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos, é tática fundamental tanto para o domínio da pandemia, quanto para o não agravamento das pessoas com a COVID-19 (SARTID et al., 2020).

Para garantir um atendimento de qualidade neste nível de atenção, foi necessário o planejamento baseado em dados; a reorganização dos serviços de acordo com as características da epidemia e a alocação de recursos financeiros (BRASIL, 2020d).

Também foram realizadas estratégias de ação específicas para o enfrentamento da pandemia são necessários, tais como ter profissionais de saúde capacitados, testes diagnósticos

em grande número, estrutura para solicitação de exames complementares com resultados em tempo oportuno; espaço físico adequado, medicamentos; fluxos e protocolos bem definidos e atualizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020d).

Desta maneira se potencializa a coordenação do cuidado exercido pela APS; apoio diagnóstico e de cuidado compartilhado com a equipe de saúde; profissionais suficientes, incluindo Agentes Comunitários de Saúde, para o exercício da vigilância em ambiente comunitário e domiciliar; equipamentos de proteção individual adequados e em número suficiente, e organização de processos de trabalho e a produção de informações alimentando o serviço e o sistema, fortalecendo o cuidado prestado à população (BRASIL, 2020a).

Para além dessa discussão, a pandemia de COVID-19 impulsionou uma mudança na coordenação do cuidado em saúde pela APS, direcionada à utilização de recursos tecnológicos até então pouco utilizados pelos profissionais. A atenção à saúde passou a contar com o uso mais cotidiano pelas equipes de aplicativos de celular ou realização de teleatendimentos ou videoconferências de modo a fornecer um cuidado centrado no usuário em isolamento (ENGS-TROM et al., 2020).

À APS competirá também abordar problemas gerados do isolamento social prolongado e do empobrecimento da vida social e econômica, como os transtornos mentais, o alcoolismo, a violência doméstica e o desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências serão devastadoras exigindo cuidados a longo prazo.

A APS é forte na sua proposta de redução das iniquidades em saúde e deve ser fortalecida e estruturada como uma das principais respostas do setor saúde à pandemia, dado seu alto grau de capilaridade e alcance da população exposta a riscos devido a suas condições de vida (HONET et al., 2020).

Afinal, qual a perspectiva futura?

Essa crise não se resume somente a uma questão sanitária, mas possui relação com os campos político, social e econômico, que determinam um conjunto de medidas que vão além da imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus, apresentando o desafio de pensar qual modelo social e sistema de saúde se almeja para a proteção da vida, especialmente a dos mais vulneráveis (PERIFA CONNECTION, 2020).

É de grande relevância discutir o lugar da APS no enfrentamento a esta pandemia, já que os estudos indicam que cerca de 80% dos casos são leves e grande parte dos moderados procura a rede básica como primeiro acesso na busca de cuidados (ALVES, 2020).

Em resposta à premissa deste ensaio teórico, no âmbito da APS muito se pode fazer para o controle da pandemia no país, é preciso assumir com urgência o seu lugar de destaque como ordenadora do cuidado no SUS, reorganizando assim os fluxos de usuários nos serviços, além de melhorar as estruturas físicas das unidades.

Para isso, é necessário concentrar a APS na agenda do Ministério da Saúde e que o SUS não seja sufocado com emendas constitucionais que contingenciam os poucos recursos destinados ao setor pela União.

O sucesso das ações de enfrentamento à COVID-19, a continuidade da adesão às medidas de proteção à saúde pela população e, por conseguinte, o futuro do SUS e a saúde dos brasileiros dependem disso.

Referências

ALVES, M.T.G. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.15, n.42, p.2496, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020a [citado 2020 abr 15]. 32 p. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>

BRASIL. Lei n. 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, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020b.

BRASIL, Ministério Da Saúde (BR). **Universidade Aberta do SUS. Atualização: orientações gerais ao paciente com COVID-19 na Atenção Primária à Saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020c [citado 2020 abr 15]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46168>.

BRASIL, Ministério Da Saúde (BR). **Fast-Track para a atenção primária em locais com transmissão comunitária: fluxo rápido** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020d [citado 2020 abr 15]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200407_BOLSO_ver07.pdf

DUNLOP, C et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**. 2020; 4:bjgpopen20X101041.

ENGSTROM, E et al. **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Rio de Janeiro, 2020.

FERTONANI, H.P et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.20, n.6, p.1869-1878, 2015. doi: 10.1590/1413-81232015206.13272014

HONET, R. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. **PLoS Med** [Internet]. 2017 May [cited 2020 Apr 15]; v.14, n.5, p.1002306. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Coronavirus COVID-19 Global Cases** by Johns Hopkins CSSE [Internet]. Johns Hopkins University; 2020. Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

MEDINA, M.G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cardernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 8, 2020. [Acessado 20 janeiro 2021], e00149720. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

PERIFA CONNECTION. **O coronavírus mata, mas a desigualdade social acelera o óbito**. Folha de São Paulo [Internet]. 2020 Mar [citado 2020 abr 15]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/perifaconnection/2020/03/o-coronavirus-mata-mas-adesigualdade-social-acelera-o-obito.shtml>

SALVADOR, A.D. **Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica**: elaboração e relatório de estudos científicos. 2.ed.rev.ampl. Porto Alegre: Sulina Editora, 1991. P.163.

SARTI, T.D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol Serv Saúde**. v.29, n.2, p.166, 2020.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23.ed.rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

CAPÍTULO 2 - INTERPROFISSIONALIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID 19

Pedro Bezerra Xavier

José Jailson de Almeida Júnior

Dimitri Taurino Guedes

Introdução

A complexidade dos entraves no contexto da assistência em saúde e a necessidade de tornar os sistemas mais responsivos às demandas dos cidadãos desencadeiam debates sobre as formas mais adequadas de organização do cuidado em saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto modelo assistencial, a Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população (PORTELA, 2017).

Nessa perspectiva, a APS tem sido abrangente e integral, sendo reconhecida como melhor estratégia para organização dos sistemas de saúde, e assim, o modo mais eficiente de enfrentamento dos problemas de saúde e da fragmentação das ações em saúde e do próprio sistema. No Brasil, estudos evidenciam a efetividade da APS com impactos exitosos no acesso e qualidade da assistência em saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Entretanto, considerando o atual momento político e econômico, se faz necessário refletir acerca das relações e das condições de trabalho no SUS e na APS, pois essas estão sendo afetadas pelo contexto neoliberal e de crise sanitária e econômica (FONSECA et al., 2021).

Além do subfinanciamento do SUS, mudanças com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, apresentam-se ainda como entraves para o trabalho na APS a limitação das práticas isoladas e fragmentadas na assistência à saúde. A fim de garantir a integralidade do cuidado, o trabalho em equipe torna-se essencial, apresentando-se ainda como desafio na busca pela superação do modelo tradicional de educação uniprofissional e biomédico, enfatizando a necessidade do trabalho colaborativo em equipe e inclusão de atividades de educação interprofissional na formação dos profissionais da saúde (MALLMANN; TOASSI, 2019).

A prática colaborativa é fundamentada na abordagem interprofissional, em que os profissionais aprendem mutuamente para promover melhorias na prestação de serviços em saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Esta perspectiva baseada na atuação em equipe interprofissional maximiza as potencialidades e habilidades de cada profissional, contribuindo para a redução de ações duplicadas e potencializando as ações efetivas por meio de tomadas de decisões compar-

tilhadas e efetivas. Vale lembrar que o trabalho na saúde possui particularidades relacionadas às características do ambiente laboral, às formas de organização do trabalho e às relações estabelecidas nesse contexto específico (CARAM et al., 2017).

O trabalho em equipe, na perspectiva interprofissional e colaborativa, passa pela adoção de uma concepção mais ampliada de saúde com base no modelo da APS, consagrada na Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, momento em que foi identificada a necessidade de incorporação da concepção de cuidado à saúde como sendo integral e resolutivo (ESCALDA et al., 2018).

Nesta perspectiva, as abordagens acerca do trabalho em equipe interprofissional têm sido definidas como aquelas que envolvem diferentes profissionais, não apenas da área da saúde, que juntos compartilham o sentimento de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente, para que se possa realizar a prestação de assistência em saúde de maneira eficaz e resolutiva (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Entretanto, mediante o contexto vigente da pandemia pelo novo coronavírus, foram necessárias diversas mudanças na vida das pessoas, incluindo a necessidade de distanciamento físico. Em contrapartida, para os trabalhadores da saúde, atividade mais que essencial neste cenário, que estavam ou não no cuidado direto aos pacientes com COVID 19, estabeleceu-se um contexto único e sem precedentes. Estes profissionais não interromperam suas atividades para poder cumprir o isolamento, em decorrência de suas funções, o que os têm levado a estarem mais expostos ao risco de contaminação e morte, lidando diariamente com o sofrimento e o luto dos adoecidos (VEDOVATO et al., 2021).

Os profissionais de saúde ainda tiveram de alterar suas rotinas e procedimentos de proteção de contágio no trabalho, o que inclui longos processos de paramentação para cuidar de si e evitar a contaminação dos pares e pacientes. Os trabalhadores da saúde também têm temido contaminar seus familiares e muitas vezes optaram por se distanciar das pessoas próximas, levando à fragilização dos vínculos, da comunicação e do suporte social (TEIXEIRA et al., 2020).

A pandemia da COVID 19 trouxe para o cenário mundial a necessidade de repensar o trabalho em saúde, pois são os trabalhadores da saúde que realizam este trabalho e, portanto, estão à frente dos programas de prevenção da doença e conseqüentemente dos atendimentos prestados às situações de maior gravidade (VEDOVATO et al., 2021).

Dentre as estratégias institucionais propostas para enfrentar a COVID 19, coube à APS garantir a triagem, o primeiro atendimento e o monitoramento de casos leves desta comorbidade. A integralidade e longitudinalidade do cuidado não tiveram sustentação no cenário pandêmico e a potência das ações territoriais e da abordagem familiar e comunitária foi limitada, em parte pela fragilidade das recomendações e políticas que legitimam o trabalho fora dos

muros das Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (SILVA et al., 2021).

Nessa linha de pensamento, considerando a teoria do processo de trabalho em saúde e a compreensão dos instrumentos de trabalho como categoria de análise das práticas em saúde, é imprescindível que o campo da Saúde Coletiva não renuncie ao dever de compreender as mudanças advindas dos processos de trabalho em saúde em consequência da pandemia e, assim, avalie as possibilidades para que se possa oportunizar as possíveis transformações e construções, acirrando as contradições intrínsecas do sistema e almejando os rumos das rupturas na organização dos serviços de saúde de maneira geral (TEIXEIRA et al., 2020).

Partindo deste contexto, este capítulo busca compreender quais os impactos causados pela pandemia da COVID 19 no trabalho interprofissional e nas práticas colaborativas em saúde no contexto da atenção primária à saúde (APS). Trata-se de um estudo teórico, que buscou reunir e sintetizar resultados de alguns estudos e de refletir sobre o papel da APS na sua essência e diante desse contexto, consistindo, pois, em uma primeira aproximação em torno da temática.

Assim, realizou-se uma pesquisa bibliográfica entre os meses de novembro de 2021 e janeiro de 2022, na base de Dados PubMed, com o uso dos descritores de busca controlada, devidamente validados pelo DeCS/MeSH (primary health care, interprofessionality e covid-19), relacionados pelo operador booleano “AND”. Foram aplicados os seguintes filtros: texto completo e disponível, documentos tipo artigos científicos; sem distinção de idioma. A busca retornou 155 artigos. Após realização de leitura crítica pelos autores dos títulos, resumos e metodologias dos trabalhos, observando a sua consonância com o objetivo principal, obteve-se o total de 18 artigos que compõem este estudo e suas reflexões.

Atenção primária à saúde no Brasil

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a APS oferece atendimento abrangente, acessível e baseado nas necessidades da comunidade, podendo atender de 80% a 90% das demandas de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata doenças ou condições específicas, como também oferece atenção integral o mais próximo possível do ambiente cotidiano dos indivíduos, das famílias e comunidades (GIOVANELLA et al. 2021).

Em muitos casos a avaliação da APS no Brasil, tendo como referência exclusiva a Estratégia de Saúde da Família (ESF), é limitadora da indicação precisa da extensão do universo de serviços de saúde brasileiros, que potencialmente contemplam os atributos definidos

internacionalmente como inerentes e essenciais à APS.

A ESF caracteriza-se como modelo que busca aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, integrar vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização/distritalização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

De acordo com a OPAS (2003), a APS é uma forma eficaz e eficiente de agir sobre as principais causas de problemas de saúde e riscos ao bem-estar, bem como de lidar com os desafios emergentes que ameaçam a saúde e o bem-estar no futuro. Também tem se mostrado um investimento custo-efetivo, pois há evidências de que uma atenção primária de qualidade reduz os gastos totais em saúde e melhora a eficiência, por exemplo, reduzindo as internações hospitalares. Agir sobre as mais complexas necessidades de saúde exige uma abordagem intersetorial que integre: políticas de promoção da saúde e prevenção, soluções que atendam às comunidades e serviços de saúde centrados nas pessoas.

A APS também inclui os principais elementos necessários para melhorar a segurança sanitária e prevenir ameaças à saúde, como epidemias e resistência antimicrobiana, por meio de medidas como educação e engajamento comunitário, prescrição racional e um conjunto básico de funções essenciais de saúde pública, incluindo vigilância (BISPO; MOREIRA, 2018).

Desse modo, a APS tem papel crucial nessa necessária abordagem comunitária e de vigilância em saúde. A APS do SUS, em especial a ESF, com suas equipes multiprofissionais e enfoque comunitário e territorial, que apresenta ao longo do tempo impactos positivos comprovados na saúde da população, deve atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento de qualquer epidemia e tem papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle de epidemias e na continuidade do cuidado (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009).

A APS e a atual situação de pandemia

No Brasil, desde março de 2020, a pandemia da COVID 19 gerou uma crise sanitária e humanitária sem precedentes. A ausência de autoridade sanitária nacional e de coordenação e cooperação intergovernamental, além da insuficiência e morosidade na alocação de recursos têm feito com que as iniciativas de governos estaduais e municipais não sejam suficientes para enfrentar a pandemia (GIOVANELLA et al., 2021).

A centralidade das iniciativas de enfrentamento baseadas em cuidado individual de casos graves via criação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), hospitais de campa-

nha e ações esparsas, além da negação da ciência e o descaso da atual gestão do país, contribuíram para tal situação. Enfrentar uma pandemia exige que se associe à atenção individual o cuidado centrado na comunidade, requerendo uma abordagem populacional. Essa junção é essencial para que se combata a crise sanitária e humanitária atual. Sistemas de saúde fortemente baseados na APS podem ofertar esse cuidado integral e articulado, respondendo com mais efetividade às emergências (GIOVANELLA et al., 2021).

O modelo assistencial da APS brasileira, por meio de sua abordagem territorial e comunitária, vem sendo descaracterizado e tem se aproximado de um modelo de assistência individual, respondendo a problemas agudos, sem vínculo, continuidade, coordenação ou responsabilidade populacional. Os efeitos dos cortes do financiamento do SUS, acentuado pelo golpe de 2016 e pela própria emenda constitucional 95 de 2016, conhecida como a “Emenda da Morte” (PEC 241/2016), e aprofundado pelo atual governo, se revelavam já antes da pandemia por meio de desabastecimento de insumos e medicamentos essenciais, ausência ou precariedade na contratação de recursos humanos na APS e de imensa sobrecarga dos municípios, também em difícil situação financeira e responsáveis por mais de 30% do financiamento do SUS (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Além disso, de acordo com a Rede de Pesquisa em APS (REDE APS), a política econômica do governo vigente já teria afetado todos os determinantes sociais da saúde com piora de indicadores, tais como aumento da mortalidade infantil e ressurgimento de outras doenças, como o sarampo, dengue e febre amarela. Não obstante, iniciativas municipais já em curso mostram potencialidades da APS no enfrentamento da COVID 19 que devem ser fortalecidas (REDE APS, 2019).

Tradicionalmente, os serviços de saúde organizam as práticas entre diferentes especialidades por meio de encaminhamentos e mecanismos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção. A fim de superar a burocratização do sistema e as dificuldades de acesso, observam-se em diversos países iniciativas de aproximação de profissionais especialistas com a APS (MULVALE et al., 2016). No entanto, o que os estudos demonstram é que apenas aglomerar novas especialidades na APS não assegura a qualificação do cuidado (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). Novas formas de organização do trabalho e da integração entre os profissionais são propostas com o intuito de reorientar e qualificar os modelos de atenção.

A interprofissionalidade no contexto da APS

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) contribuiu de maneira significativa para dar início a expansão do trabalho colaborativo na APS, ganhando importante destaque, tendo em vista que estes núcleos são formados por diferentes profissionais com

formações distintas. Assim, este núcleo também traz consigo o propósito de fortalecer a resolutividade e a amplitude da ESF (BRASIL, 2012). Entretanto, a partir de 2020, o NASF acaba sendo extinto, dando espaço ao programa “Previne Brasil” (BRASIL, 2020)

No entanto, o Ministério da Saúde, por meio da nota técnica 03/2020 que extingue o NASF, lançou a proposta de flexibilizar a formação de equipes multiprofissionais. De acordo com a nota, haveria maior autonomia aos municípios para criação das equipes multissetoriais, sugerindo um suposto engessamento da configuração. Entretanto, o NASF já apresentava esta flexibilidade (FIOCRUZ, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), existem evidências suficientes para indicar que a interprofissionalidade proporciona a efetiva prática colaborativa que, por sua vez, otimiza os serviços de saúde, fortalece os sistemas e redes de atenção à saúde e incita melhorias de resultados na qualidade da assistência, tanto nas intervenções voltadas às condições agudas, como na APS. A prática e as evidências demonstram que pacientes relatam maior grau de satisfação, melhor aceitação da assistência prestada e melhoria de resultados de saúde após cuidados por uma equipe que atua de forma colaborativa (OMS, 2010)

Nesta perspectiva, observa-se na atualidade a notoriedade do trabalho em equipe, da prática e da educação interprofissional, estando estes fatores diretamente relacionados às mudanças no perfil epidemiológico e sociodemográfico da população mundial, a partir do aumento da expectativa de vida e com a ascensão das doenças crônico-degenerativas. Estes fatores demandam profissionais devidamente capacitados para enfrentar as diversas necessidades de maneira minimamente resolutiva, em todos os contextos da assistência em saúde, sendo as práticas e as competências colaborativas em saúde uma ferramenta de suma importância para a consolidação dessas práticas em saúde (PEDUZZI et al., 2016).

Assim, as competências colaborativas trazem consigo a contribuição e o fortalecimento da equipe, considerando que esta, só pode ser implementada mediante a ação de dois ou mais profissionais de categorias diferentes, durante a execução de procedimentos (ALMEIDA et al., 2021). Diante dos fatores supracitados, de acordo com Silva et al. (2021) dentre as atividades que abarcam as competências colaborativas, ressaltamos: planejamento conjunto de planos terapêuticos, capacidade de argumentação e negociação e o respeito às especificidades de cada profissão. Esta prática traz consigo a fundamentação da clareza de papéis, liderança colaborativa, dinâmica de equipe, atenção centrada ao paciente e uma melhor resolução de conflitos interprofissionais.

Para tanto, a partir do cenário pandêmico em decorrência da COVID 19, foram evidenciadas maiores demandas e práticas em saúde, aumentando a sobrecarga de trabalho e a complexidade das atividades em saúde, criando também um contexto de instabilidade e vulnerabilidade. Por isso, faz-se necessário compreender estas mudanças e assim, traçar meios de efetivar o trabalho colaborativo e integrado, a partir do estabelecimento de um diálogo interdis-

ciplinar, respeitando a autonomia dos usuários (FERNANDES et al., 2021).

Diante deste cenário, os estudos trazidos por Fernandes et al. (2021), evidenciam a melhoria da qualidade da assistência mediante a utilização da prática colaborativa a partir do enfrentamento de problemas intrincados, como os decorrentes da pandemia da COVID 19, sendo bem-sucedida, em grande parte, dada a organização das práticas de saúde a partir da necessidade da população, com atenção focada no indivíduo, sendo ressaltada a importância da interprofissionalidade. Entretanto, o mesmo estudo salienta que ainda são mínimos os estudos acerca desta temática, o que repercute na fragilização desta prática na APS, enfraquecendo a mesma.

Considerações finais

Entendendo a saúde a partir de uma definição mais abrangente, que contempla o bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não apenas a ausência da doença, existe a necessidade crescente de aperfeiçoamento da assistência prestada ao paciente, que passa de um contexto uniprofissional, centrado no modelo biomédico, para uma abordagem interprofissional, em que a equipe constrói a responsabilidade coletiva na atenção ao paciente, compartilhando assim o foco no usuário e na comunidade, através do trabalho colaborativo e baseado nas evidências científicas.

Neste sentido, entende-se que as mudanças devem ocorrer neste processo de trabalho e na atuação dos profissionais de saúde, nesse caso, no contexto da APS, para que assim, as relações de produção da saúde sejam mais sólidas entre as equipes de saúde, os usuários de maneira geral, atendendo assim as suas reais necessidades em saúde, promovendo a participação social ativa da família e com o apoio da comunidade.

Assim, é possível concluir que existem evidências que demonstram que a interprofissionalidade subsidia e implementa a prática colaborativa em saúde, que por sua vez, possui a capacidade de promover a melhoria dos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada, fortalecendo o SUS e os sistemas de saúde, melhorando seus resultados e indicadores em saúde, tanto na assistência prestada às condições agudas, como na APS, que também tem caráter preventivo. Entretanto, ainda há muito o que se implementar na prática, no que diz respeito à capacitação dos profissionais, subsídios para que se possa realizar esta prática em saúde e políticas de planejamento, a fim de traçar estratégias para sua consolidação na prática dos profissionais.

Estes fatores têm demonstrado que usuários relatam maior grau de satisfação com a assistência prestada, melhor aceitação das intervenções em saúde e, conseqüentemente, me-

lhoraria na qualidade de vida mediante os cuidados de uma equipe colaborativa. É fato que a oportunidade de trabalhar juntos, fortalece as equipes, não se restringindo apenas ao compartilhamento de saberes, mas ao desenvolvimento da criação de estratégias para a melhoria do cuidado à comunidade e ao usuário, sendo este o foco central da atenção à saúde.

Este capítulo se propôs a demonstrar que a interprofissionalidade e a prática colaborativa em saúde vêm ganhando merecido destaque no campo da saúde no contexto global, sendo estas metodologias transformadoras da *práxis* e que melhoram o funcionamento do sistema de saúde. Porém, o que foi observado é que ainda são escassas as pesquisas voltadas para este contexto, sendo imprescindível que seja incentivada a realização de maiores pesquisas que evidenciem a implementação ou que revelem a necessidade da utilização da interprofissionalidade no contexto da assistência e no contexto da pandemia.

A partir disso, obtém-se também importantes inferências sobre a necessidade da sensibilização dos gestores, no âmbito das três esferas de gestão do sistema de saúde, no que diz respeito à necessidade de aperfeiçoar a qualidade da assistência oferecida aos usuários a partir da promoção de um ambiente de trabalho mais propício para o desenvolvimento de tais práticas e competências, considerando a condição laboral como um fator que predispõe as boas práticas em saúde.

Em suma, almeja-se que as inquietações aqui presentes possibilitem provocar reflexões acerca da necessidade de inovar as relações de trabalho e a percepção do trabalhador da saúde, contribuindo também para o avanço nas políticas de saúde vigentes, no que diz respeito à implementação das ações concretas, que visam amplificar a adoção da interprofissionalidade e das práticas colaborativas na APS, principalmente considerando o contexto atual da pandemia.

Referências

ALMEIDA, G.N et al. “Aprender juntos para trabalhar juntos”: competências colaborativas desenvolvidas por integrantes de um grupo tutorial do pet-saúde interprofissionalidade. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 1, pág. e35510111783-e35510111783, 2021.

AQUINO, R; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M.L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American journal of public health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009. Doi: 10.2105/AJPH.2007.127480. Acesso em: 13 Set. 2021.

BISPO, J.P; MOREIRA, D.C. Cuidado colaborativo entre os núcleos de apoio à saúde da família e as equipes apoiadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280310>. Acesso em: 25 de nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) . Diário Oficial da União . 22 Set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012 [citado 2021 Out 28]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 28 de Outubro de 2021.

CARAM, C.S; REZENDE, L.C; BRITO, M.J.M. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1-8, 2017.

CASTRO, C.P; OLIVEIRA, M.M CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1625-1636, 2016.

ESCALDA, P.M.F et al. Interprofissionalidade e prática colaborativa no âmbito da Atenção Primária em Saúde/Interprofessionalism and collaborative practice in Primary Healthcare. **Argumentum**, v. 10, n. 3, p. 176-188, 2018.ISSN 2176-9575. DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i3.18730>. Acesso em: 24 Nov. 2021.

FERNANDES, S.F et al. O trabalho interprofissional em saúde no contexto da pandemia de COVID-19: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** , v. 55, 2021.

FONSECA, J.M; LIMA, S.M.L; TEIXEIRA, M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 590-602, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - Fiocruz – Glossário de acesso aberto. <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/glossario> Acesso em 24/11/2021.

GIOVANELLA, L et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em debate**, v. 44, p. 161-176, 2021.

GIOVANELLA, L; FRANCO, C.M; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1475-1482, 2020.

MALLMANN, F.H; TOASSI, R.F.C. Educação e trabalho interprofissional em saúde no contexto da atenção primária no Brasil: análise da produção científica de 2010 a 2017. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 3, n. 1, p. 70-84, 2019.

MULVALE, G; EMBRETT, M; RAZAVI, S.D. ‘Gearing Up’ to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. **BMC family practice**, v. 17, n. 1, p. 1-13, 2016.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICA DA SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, actividade física e saúde. 2003.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(Supl. 2):1525-34. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827.

PEDUZZI, M et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. Clínica médica. 2ª ed. **Barueri: Manole**, v. 1, p. 1-9, 2016.

PORTELA, G.Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [2]: 255-276, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>.

REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO (REDE APS). Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS [Internet]. 2019. [acesso em 2021 Outubro 28]. Disponível em: https://www.abras-co.org.br/site/wp-content/uploads/2019/10/Contribui-coesdospesquisadores_RE-DEAPS.pdf.

SILVA, I.V et al. A vigilância de ambientes e processos de Trabalho na prevenção da Covid-19 na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. Especial_1, p. 109-124, 2021. DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.NEspecial_1.a3244. Acesso em: 25 nov. 2021.

TEIXEIRA, C.F.S et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020. DOI: 10.1590/1413-

81232020259.19562020. Acesso em: 25 Nov. 2021

VEDOVATO, T.G et al. Trabalhadores (as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva?. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, 2021. ISSN: 2317-6369 (online) <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000028520>. Acesso em: 25 Nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2012/10/23/oms-publica-marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa/>. Acesso em: 24 Nov. 2021.

CAPÍTULO 3 - RISCO DE CONTAMINAÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DO LABORATÓRIO DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL EM NATAL-RN

Marina Gabriela Medeiros de Moura

Suelly Araújo de Souza

Cecília Nogueira Valença

Introdução

A elevada infectividade do SARS-CoV-2, faz com que sejam necessárias medidas de saúde pública visando desacelerar o espalhamento da doença, com alcance individual, ambiental e comunitário.

No âmbito dos serviços de saúde, a prevenção da propagação da infecção para profissionais e pacientes depende prioritariamente do uso eficaz de EPI, como por exemplo: luvas, máscaras, respiradores tipo N95, óculos de proteção ou protetores faciais, aventais e sapato fechado/privativo (LIVINGSTON; DESAI; BERKWITS, 2020).

Nesse sentido é necessário enfatizar a importância da oferta, provisão apropriada e uso correto destes aos profissionais de saúde e do treinamento para controle de infecções, pois, sem uma força de trabalho sustentada, os sistemas de saúde correm o risco de falhas generalizadas na batalha contra a COVID-19 (LOCKHART et al., 2020).

A saúde do trabalhador é um campo de atuação do Sistema único de Saúde que compreende ações da vigilância sanitária e epidemiológica relacionadas ao ambiente e condições de trabalho (MORAES et al., 2020).

Assim sendo, o entendimento sobre como se dá a exposição dos profissionais de saúde ao vírus da COVID-19, traduzida em risco de infecção é fundamental para que se implementem medidas de prevenção e controle da infecção.

Nesta perspectiva, recomendações de utilização de EPI e cuidados que diminuam a exposição destes profissionais ao risco de contaminação devem ser tomados em larga escala (MORAES et al., 2020).

Tal importância foi ratificada por decisão recente do Superior Tribunal Federal (STF) que incluiu a contaminação por coronavírus como acidente ocupacional, sem necessidade de comprovação donexo causal com o trabalho, suspendendo o artigo 29 da Medida Provisória (MP) 927/2020.

No caso de contaminação pelo novo coronavírus, trata-se de Acidente de Trabalho com

Exposição a Material Biológico. Algumas circunstâncias institucionais e individuais predis põem ou aumentam as chances da ocorrência desse tipo de acidente, tais como: não uso ou mal uso dos equipamentos de proteção individual, reencape de agulhas usadas, descarte inadequado de material contaminado, a falta de capacitação técnica, sobrecarga de trabalho, bem como a insuficiência de recursos humanos (GOMES et al., 2019).

Outros fatores que podem afetar a segurança desses profissionais incluem o aumento da carga horária, exaustão mental, fadiga, propensão à ocorrência de falhas e eventos adversos em saúde, além do medo de disseminar a outras pessoas, profissionais e seus familiares (MORAES et al., 2020).

Desta forma, as considerações apontadas na Norma Regulamentadora nº. 32 NR-32 (2011) do Ministério do Trabalho e Emprego tornam-se de extrema importância quanto às questões que abordam medidas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, segurança e saúde no trabalho no setor da saúde.

Diante deste cenário, o presente estudo teve como questão norteadora: os profissionais que atuam em laboratório para detecção do SARS-CoV-2 por RT-PCR compreendem os riscos ocupacionais a que estão expostos e sentem-se seguros para evitar o risco de contaminação?

Assim, buscou-se descrever quais as medidas de autocuidado tomadas pelos profissionais fora do ambiente de trabalho e identificar as concepções dos profissionais quanto a possíveis melhorias no ambiente de trabalho voltadas à minimização do risco ocupacional ao novo coronavírus.

Contexto e métodos para obtenção de dados

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no Instituto de Medicina Tropical do Rio Grande do Norte (IMT RN), uma unidade complementar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, localizada em Natal-RN que atua no ensino e pesquisa de doenças endêmicas infecciosas e infectocontagiosas.

Atualmente o IMT RN vem prestando apoio ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Estado, com uma infraestrutura para dar suporte à urgência que se apresenta na pandemia. Todo o aporte necessário foi organizado para que o IMT RN adquirisse a capacidade de realizar até 260 testes para detecção molecular do SARS-CoV-2 diariamente, bem como liberação do resultado em até 24 horas.

Dessa forma, o IMT RN vem fornecendo insumos para coleta de amostras de nasofaringe e orofaringe de pacientes suspeitos de infecção pelo novo coronavírus às unidades de saúde de Natal e outros municípios do interior do estado, recebendo as amostras colhidas e

realizando todo o processo necessário para diagnóstico laboratorial da COVID-19, incluindo aliquotagem, extração de RNA e RT-PCR.

O IMT RN também vem prestando apoio à pandemia pelo serviço de teleatendimento montado e disponibilizado à população para que se possa retirar dúvidas a respeito da COVID-19, orientar adequadamente e evitar que as pessoas superlotem ou se exponham nas unidades de saúde desnecessariamente.

No momento do estudo, 17 profissionais estavam atuando no laboratório do IMT da UFRN: 4 servidores do IMT, 11 servidores voluntários de outros setores da UFRN, dentre eles docentes, biomédicos, técnicos em laboratório e farmacêutico-bioquímico, e 2 terceirizados. Todos os estes atuavam na análise laboratorial para diagnóstico da COVID-19 e concordaram em participar da pesquisa.

Devido à pandemia do novo coronavírus, a coleta foi realizada por entrevista sem contato direto com os participantes da pesquisa, via telefone, onde as ligações foram gravadas. Além da entrevista, também foi aplicado um questionário sociodemográfico, para coletar dados do perfil do profissional.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com seres humanos da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí, da UFRN, em cumprimento à Resolução 466/2012, seguindo as diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos vigentes no país.

As entrevistas foram transcritas e analisadas com apoio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), que possibilita análises quantitativas de dados textuais pautadas em contextos e classes de conteúdo com base na similaridade de vocabulário (SANTOS et al., 2017).

Para o desenvolvimento deste estudo, foi utilizada a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), na qual o vocabulário do *corpus* é identificado e quantificado em relação à frequência e à sua posição no texto. Busca-se, desta forma, identificar pontos centrais do texto, além de compreender como os termos estão associados uns aos outros (SALVADOR et al., 2017).

Os resultados podem ser visualizados em um dendograma, que representa a quantidade e composição léxica de classes, a partir de um ajuntamento de termos, obtendo-se a frequência absoluta de cada um deles e o valor de qui-quadrado agregado (SALVADOR et al., 2017). Com a produção da CHD, as palavras elucidadas contemplaram um qui-quadrado (χ^2) maior ou igual a 3,84 e $p \leq 0,05$.

Percepção sobre o risco biológico laboral

Da CHD emergiu a classe denominada “Percepção sobre o risco biológico laboral”, que aborda o sentimento dos profissionais a respeito dos riscos biológicos aos quais estão expostos no ambiente de trabalho.

Esta classe foi formada por 38 Segmentos de Texto, representando 14,07%. Neste contexto, as palavras mais significativas foram: Início, Hoje, Medo e Preocupação. “Início” foi a palavra que apresentou um maior X^2 , com 28,72, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das palavras significativas sobre a percepção do risco biológico laboral pelos trabalhadores de um laboratório de exames diagnósticos. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2021.

Palavra	Frequência	X^2	P valor
Início	8	28,72	<0,0001
Medo	8	14,71	<0,00012
Hoje	7	23,29	<0,0001
Preocupação	3	12,46	<0,00041

Fonte: própria autoria (2021).

As palavras “início” e “hoje” dizem respeito a como essa percepção sobre o risco biológico se dá, comparando o período inicial da pandemia, em meados de março de 2020.

Quando os profissionais de saúde souberam que o objeto de trabalho deles se tornaria, literalmente, o SARS-CoV-2, ao período em que as entrevistas foram realizadas, após um período de, em média, cinco meses de funcionamento do laboratório de testagem no IMT.

Percebe-se que o “medo” e “preocupação”, palavras também significativas na classe, tornaram-se parte do cotidiano dos profissionais, embora a maioria relate que estes sentimentos já haviam se atenuado, com o passar do tempo.

“[...] os riscos nesse sentido são poucos, eu confesso para você que no início da pandemia eu tive, hoje em dia não mais”. (P9)

“No início eu tinha medo. Assim que eu comecei eu fiquei bem preocupado, eu vim, mas estava com medo, mas como eu vi que a gente foi treinado e tinha todos os EPIs necessários eu fiquei mais tranquilo” (P8)

“No começo mesmo eu trabalhando todo paramentado todo equipado dentro do fluxo laminar você ainda ficava com certo receio de se contaminar, mas hoje em dia essa preocupação é bem baixa”. (P6)

Apesar de se tratar de uma doença infecciosa, os danos à saúde mental dos trabalhadores que atuam no combate ao vírus causador da COVID-19 não devem ser negligenciados, pois são vários os fatores que podem levar ao adoecimento mental e, conseqüentemente, comprometer esta força de trabalho tão essencial no controle da pandemia.

Sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, sintomas psicossomáticos e medo da infecção têm sido frequentemente descritos e podem permanecer inclusive após o controle da pandemia (TEIXEIRA et al., 2020).

Em estudo feito por Du et al. (2020), em Wuhan, na China, profissionais da linha de frente do combate à pandemia foram avaliados quanto à qualidade do sono, estresse e depressão. A prevalência de depressão elevada foi de 12,7% e sintomas de ansiedade de 20,1% dos participantes. Mais da metade apresentaram níveis moderados a severos de estresse percebido.

Du et al. (2020), ao avaliar medo, ansiedade e depressão em profissionais de um hospital, comparando a equipe de saúde com a equipe administrativa, constataram que a gravidade do medo, ansiedade e depressão foram significativamente diferentes entre os dois grupos, apresentando-se maior na equipe de saúde.

Além disso, em comparação com o pessoal não clínico, a equipe de saúde da linha de frente, com contato próximo com pacientes infectados, foi 1,4 ($p = 0,027$) vezes mais propensa a sentir medo e duas vezes mais propensa a sofrer de ansiedade ($p = 0,003$) e depressão ($p = 0,007$), concluindo que são mais suscetíveis a distúrbios psicológicos (DU et al., 2020).

Há carência de estudos que tratem da saúde mental dos trabalhadores que atuam nos laboratórios que processam amostras de SARS-CoV-2, mas os achados deste estudo evidenciam profissionais que perderam o medo ou a preocupação com a contaminação, bem como poucos indícios de desgaste mental.

O fato de lidar com o vírus em um ambiente controlado, provido de EPI e EPC necessários geram mais segurança e conforto no ambiente laboral, quando comparado a serviços como UTIs e enfermarias, nos quais há instabilidades inerentes ao fato de lidar com vidas humanas:

“[...] e aí como a gente entende mais a gente acaba fazendo as coisas da maneira mais correta mas desde o início desde o primeiro dia foi disponibilizado todos os EPIs e a cabine já estava funcionando”. (P2)

“Apesar de sobrecarregada, eu sinto satisfação e me sinto segura principalmente pelo fato de que estamos há 4 meses do início da pandemia e eu estou exposta desde o início e não fui contaminada”. (P10)

A segurança e a perda do medo também demonstram associação pertinente com o conhecimento compreendido como adequado sobre as medidas de biossegurança a serem tomadas no ambiente laboral.

Fatores intensificadores do risco de contaminação

Da CHD emergiu também uma classe denominada “Fatores intensificadores do risco de contaminação” reúne os relatos em que os entrevistados se referem às condições ou circunstâncias que os fazem ficar mais vulneráveis, no ambiente laboral, à contaminação pelo SARS-CoV-2.

Esta classe foi formada por 53 Segmentos de Texto, representando 19,63% do corpus. Neste contexto, as palavras mais significativas foram Hora, Cansado, Desparamentar, Relaxar e Pressa, sendo Hora a palavra que apresentou um maior X^2 , com 36,69, conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 2 – Distribuição das palavras significativas sobre os fatores que intensificam o risco de contaminação dos trabalhadores de um laboratório de exames diagnósticos. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2021

Palavra	Frequência	X^2	P valor
Hora	12	36,69	<0,0001
Cansado	7	29,42	<0,0001
Desparamentar	7	24,07	<0,0001
Relaxar	5	20,86	<0,0001
Pressa	4	16,62	<0,0001

Fonte: Própria autoria (2021).

Observa-se que as palavras significativas desta classe confirmam as fragilidades que expõem os participantes a um maior risco biológico, muitas vezes causadas pelas condições de trabalho. O volume de trabalho aumentado, gerando um aumento do tempo de trabalho para além das condições ideais, foram alguns dos pontos levantados pelos entrevistados.

“Qualquer fator pode interferir e acabar fazendo com que você tenha pressa na hora de se desparamentar, aumentando o risco. Eu já notei isso quando eu passo muito tempo no laboratório quando eu já estou assim”. (P2)

“[...] inclusive teve até um dia que a gente passou muito tempo dentro, então a gente teve que sair para voltar para o laboratório por que era uma quantidade de trabalho muito grande que não deu para esperar”. (P13)

“[...] porque aí chega uma hora que você começa a ficar cansado, então eu já percebi isso trabalhando. [...] Quando a gente começou, eu comecei fazendo, para você ter noção, 50 e teve um dia que fiz 250”. (P3)

Durante a jornada de trabalho, os funcionários do laboratório estão continuamente expostos a situações de risco, que podem gerar danos à sua saúde, sejam eles físicos, químicos, ergonômicos, acidentes ou biológicos.

Com o advento da pandemia da COVID-19, o cuidado com a biossegurança no ambiente laboral tornou-se mais contundente, tendo em vista a potencial gravidade da doença, a qual pode se dar na forma de um acidente de trabalho (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2020).

Cabe salientar, entretanto, que os acidentes de trabalho são potencialmente evitáveis. A sua ocorrência pode estar relacionada a alguns fatores como ausência de gestão de risco por parte das empresas e trabalhadores, não fornecimento ou não utilização dos EPI, necessidade de educação permanente para informar empregadores e empregados quanto às formas de prevenção de acidentes de trabalho, implantação de ferramentas de gestão de monitorização, controle e prevenção de acidentes (SÁ; GOMIDE; SÁ, 2017).

Neste sentido, as circunstâncias laborais trazidas nos relatos corroboram a literatura. Moraes et al. (2020) afirmam que o aumento da carga horária, em virtude do aumento da demanda, por exemplo, pode levar os profissionais a um estado de exaustão mental, fadiga, e propensão à ocorrência de falhas e eventos adversos em saúde.

Gomes (2019) alerta sobre dupla jornada de trabalho que leva à fadiga, cansaço e à falta de atenção, como fatores importantes no aumento da propensão ao risco biológico. Vale mencionar também que a falta de capacitação técnica oferecida pelos gestores, sobrecarga de trabalho, bem como a insuficiência de recursos humanos também são pontos relevantes a serem levados em consideração.

Nesta perspectiva, os entrevistados demonstram ciência sobre tais circunstâncias, reconhecendo-as como fatores de risco. A insuficiência de recursos humanos, por exemplo, foi entendida como um fator importante a ser observado, porém há indícios de que a gestão tomou providências a este respeito, com a chegada de novos profissionais.

Já a falta de capacitação técnica não foi demonstrada como uma realidade para os profissionais deste estudo:

“[...] agora entraram mais duas pessoas, então eu acho que agora já vai dá uma melhorada, uma equilibrada maior”. (P4)

“[...] a gente passou por uma série de treinamentos antes mesmo do vírus chegar no Brasil e aí quando ele chegou no Brasil e no Rio Grande do Norte tivemos ainda a intensificação desses treinamentos e isso me dá segurança até mesmo de capacitar outras pessoas sobre isso”. (P10)

“Houve uma capacitação quando iniciou o processo de utilização do laboratório, foi feita uma capacitação prévia então acho que sim é uma coisa relativamente tranquila” (P6)

Para assegurar condições laborais que propiciem diminuição na transmissão do vírus, medidas organizacionais precisam ser discutidas no âmbito de cada atividade de trabalho e a práxis da Saúde do Trabalhador tem de ser valorizada no rol das medidas e ações de saúde pública voltadas ao controle da pandemia (JACKSON FILHO et al., 2020).

É importante compreender que estes trabalhadores, bem como todos os profissionais que atuam no combate à pandemia, têm de ser considerados, priorizados e preparados, não apenas para a sua proteção, mas também para entender que sua atividade tem um papel imprescindível no cenário atual.

Considerações finais

De acordo com as falas e as vivências no laboratório que processa amostras de SARS-CoV-2 do IMT, os profissionais estão cientes sim do risco a que estão expostos mediante a sua atividade laboral e dos modos pelos quais podem se contaminar por aerossolização dos vírus no processamento das amostras, contato interpessoal ou por contato com fômites.

No entanto, essa percepção variou em intensidade entre eles, enquanto alguns consideraram-no como mínimo, outros consideraram moderado ou elevado. Já com relação a forma de prevenção da contaminação e minimização do risco laboral, o uso correto de EPIs e EPCs foi uma unanimidade.

Eles demonstraram domínio das técnicas de paramentação e desparamentação, além de relatarem o acesso a treinamento e capacitação oferecidos tanto pela instituição, quanto buscados por eles. De acordo com os relatos também, a quantidade e qualidade de EPIs foi considerada satisfatória às atividades exercidas.

Assim sendo, os profissionais que atuam em laboratório do IMT, em Natal/RN, para detecção do novo coronavírus estão atentos aos riscos ocupacionais a que estão expostos e se sentem seguros para evitar o risco de contaminação.

Referências

DU, J et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. **General hospital psychiatry**, 2020.

GOMES, S.C.S et al. Incidência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico em profissionais de saúde no Brasil, 2010-2016. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 17, n. 2, p. 188-200, 2019.

JACKSON FILHO, J.M et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev bras saúde ocup**, v. 45, p. 14, 2020.

LIVINGSTON, E; DESAI, A; BERKWITS, M. Sourcing personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. *Jama*, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2764031>. Acesso em: 20 de abr. 2020.

LOCKHART, S.L. et al. Personal protective equipment (PPE) for both anesthesiologists and other airway managers: principles and practice during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Anaesthesia*, p. 1, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7178924/>. Acesso em: 20 de abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19. 2020a. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/18/Diretrizes-Covid19.pdf> Acesso em: 25 de abr. 2020.

MORAES, E.B et al. Safety of health professionals in COVID-19 times: a reflection. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, p. 134973832, 2020. Disponível em: <http://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/3832>. Acesso em: 30 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NORMA REGULADORA 32**: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>. Acesso em: 30 de abr. 2020.

SÁ; GOMIDE, M. H. M.; SÁ, A. T. N. Acidentes de trabalho suas repercussões legais, impactos previdenciários e importância da gestão no controle e prevenção: revisão sistemática de literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, 2017.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. STF afasta trechos da MP que flexibiliza regras trabalhistas durante pandemia da COVID-19. Notícias STF. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/>

portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=442355&caixaBusca=N. Acesso em: 30 de abr. 2020.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020

CAPÍTULO 4- TRABALHO EM CASA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 E OS IMPACTOS NA SAÚDE MUSCULOESQUELÉTICA DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS

Leonildo Santos do Nascimento Júnior

Fernanda Diniz de Sá

Adriana Gomes Magalhães

Introdução

O trabalho é fruto de distintos elementos que devem considerar aspectos políticos, históricos e sociais e, na busca de estudar as relações que envolvem o processo de trabalho e as pessoas envolvidas nele, há que se pensar que ambos estão sujeitos a interferências de mudanças em todos seus âmbitos. Trabalhadores, trabalhadoras e organizações, por consequência de diferentes situações no universo trabalhista, precisam remodelar-se à novos meios de desenvolvimento de tarefas e produção, à medida que esses surgem e se estabelecem (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Dessa forma, entende-se que as pessoas que exercem o trabalho acabam por se tornar vulneráveis a diferentes tipos de sofrimento e adoecimento como resultado da necessidade de reorganização e adaptação a cenários cada vez mais flexibilizados e em condições que pouco as valorizam enquanto sujeitos envolvidos no processo. O que se é falado acima, pode ser percebido e exemplificado, através das modificações provocadas no atual universo do trabalho, pelo advento da globalização, dos avanços tecnológicos e de recursos de informatização e os impactos provocado por essas constantes mudanças nas configurações sociais e econômicas de sociedades inteiras ao redor do mundo (SCHWAB, 2016; OLIVEIRA NETO, 2018).

No ano de 2019, a humanidade se deparou com uma nova doença, que foi chamada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de COVID-19, causada por um novo tipo de Coronavírus (SARS-CoV-2). A rápida disseminação da COVID-19 e a quantidade de pessoas acometidas pelo vírus ao redor do mundo, elevou a classificação do estado epidemiológico da doença à condição de Pandemia, quando se tem uma epidemia amplamente espalhada entre os países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A exposição, e conseqüente contaminação pelo novo Coronavírus, pode ser determinado pelo contato direto, indireto ou próximo com uma pessoa infectada com o vírus. Além disso, podia-se acontecer pelo contato com superfícies e objetos contaminados, por meio de procedimentos geradores de aerossóis em pessoas com a COVID-19 sem proteção individual adequada, ou trabalhando com pessoas infectadas em locais fechados, lotados e com ventilação inadequada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Como estratégia de contenção da doença, uma das medidas adotadas para enfrentamento da pandemia, é o isolamento – nas modalidades vertical, horizontal ou social - visando diminuir a transmissibilidade do vírus e consequente redução de casos confirmados de pessoas contaminadas e acometidas pela doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Como o risco de exposição em ambiente ocupacional aumentava com o nível de transmissão comunitária do SARS-CoV-2 e no cenário de isolamento social necessário, uma alternativa adotada por muitas organizações foi o sistema de teletrabalho. Esse modelo, nem tão recente de trabalho e já prevista na Consolidação das Leis de Trabalho proposta pela Reforma Trabalhista brasileira em 2017, pode ser definido como o conjunto de atividades profissionais realizadas fora do escritório/da empresa, sem contato pessoal com colegas de trabalho, mas com a possibilidade de se comunicar com estes por meio de tecnologia de qualquer tipo (como telefone móvel ou e-mails). Quando assumida a modalidade de trabalho em casa, por uma época ou determinada como permanente, o teletrabalho assume nomes diferentes, derivados da língua inglesa, como *work from home* – *telework* – *home office* (BRASIL, 2017; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2021).

Com o progresso tecnológicos dos recursos de informação e comunicação, o *home office* tendeu a uma franca expansão em nível mundial, mas no cenário da pandemia da COVID-19, acabou se tornando o modelo alternativo para que pessoas e organizações cumprissem suas tarefas e ações profissionais sem o risco da contaminação pelo vírus. A partir de março de 2020, no Brasil, o chamado *home office*, tornou-se um termo popular e passou a ser a realidade no processo de trabalho de muitas pessoas que, sem preparação prévia, tiveram que se adaptar à esse novo ambiente de trabalho. A evidência desse modo de trabalho, em meio a pandemia, fez emergir a necessidade de compreensão dos impactos produzidos por sua adoção nas pessoas que, na maioria das vezes, nunca tinham nele atuado. Com esse cenário, para trabalhadores e trabalhadoras, surgiram desafios como a necessidade do rápido aprendizado de novas tecnologias, o estabelecimento de novas formas de interação e comunicação entre as equipes que podem propiciar sofrimento psíquico e físico (ZARBINI; ZARBINI, 2020).

No âmbito da saúde física, as condições em que o trabalho é realizado são aspectos determinantes para a aptidão musculoesquelética de quem o executa, podendo levar ao desencadeamento de doenças do aparelho musculoesquelético relacionadas ao trabalho e que representam, ainda, uma grave questão no campo da saúde coletiva. A literatura aponta que o uso demasiado das estruturas orgânicas para as ações e exigências laborais compreendem fatores que podem levar ao desenvolvimento dessas doenças que, através de seus sinais e sintomas podem afetar o desempenho do indivíduo nas suas atividades profissionais e de vida diária, ocasionado a reincidência de licenças médicas e, consequente incapacidade para o trabalho (GÓMEZ-GALAN et al., 2017).

Entendendo que o trabalho em casa (*home office*) - mesmo apontado como marco im-

portante no avanço tecnológico e facilitador para as organizações nos últimos anos - acabou conduzindo a mudanças no processo de trabalho que podem repercutir na saúde musculoesquelética das pessoas que passaram a cumprir suas atividades laborais nessa modalidade, este capítulo tem como objetivo evidenciar os impactos físicos causados pelo trabalho em *home office* durante a pandemia da COVID-19 em trabalhadores e trabalhadoras. O desenvolvimento deste estudo baseia-se na visão teórica de Christophe Dejours, na qual há que se compreender as relações de trabalho e o modo como, em determinadas circunstâncias, esse processo converte-se numa ameaça à saúde do trabalhador, engendrando um possível sofrimento físico e/ou psíquico.

Considerando o contexto do trabalho e a situação pandêmica da Covid-19 vivenciados no Brasil e no mundo, assim como os impactos na saúde musculoesquelética de trabalhadores e trabalhadoras, os autores deste capítulo pretendem abordar aspectos que fomentam a reflexão e discussão a respeito do trabalho em tempos de pandemia e a saúde do trabalhador. Trata-se de um estudo reflexivo dividido em duas partes principais, na primeira parte os autores buscaram discorrer sobre como a estratégia adotada para o trabalho ser executado em casa, enquanto medida sanitária de contenção viral, repercutiram no processo trabalho-saúde-doença de homens e mulheres e, num segundo momento, explicitar os impactos na saúde musculoesquelética de quem foi introduzido no regime de trabalho em *home-office*.

Home-office e saúde em tempos de pandemia da COVID-19

Em contexto histórico, Haubrich e Froehlich (2020) referenciam que o *home office* surge como uma estratégia para diminuir a mobilidade em automotores e conseqüente redução do consumo de combustíveis durante crise do petróleo ocorrida nos anos de 1970. Deve-se ressaltar que o emprego da tecnologia das informações e comunicações, que emergiam nessa época, e a conseqüente diminuição de investimentos com estrutura física e manutenção do trabalhador nas instituições, permitiram a consolidação gradativa deste tipo de exercício laboral. No contexto do trabalho remoto, mesmo que empregada sob o argumento de uma maior flexibilização por parte do trabalhador, a modalidade de trabalho em domicílio surge como recurso para se produzir num ritmo mais acelerado, sem necessidade do uso (perda) do tempo com deslocamentos para locais fixos, permitindo o exercício profissional a distância. Tais fatos, deixam claro que esse modo de vínculo trabalhista não surge como proposta de melhoria das condições trabalhistas.

As ondas de inovações, o rápido crescimento tecnológico e a evolução dos processos de comunicação e de informação são os maiores condutores de alterações no modo de produção de trabalho nas organizações, no entanto, as medidas de distanciamento social impostas

como recursos de prevenção ao adoecimento por COVID-19 representaram uma nova onda que impulsionou o trabalho remoto ou o trabalho em casa. Na legislação trabalhista brasileira, a medida provisória 927 (MP 927) de 22 de março de 2020 consolidou normas para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil permitindo a mudança do regime de trabalho presencial para o de teletrabalho, não fazendo necessário o registro prévio de alteração de contrato para essa transição (BRASIL, 2020).

Essa alteração repercutiu nos dados sobre teletrabalho em nosso país, pois tornou-se crescente o potencial de trabalhadores elegíveis para este regime de trabalho. Em 2021, conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), acredita-se que 7 milhões de pessoas estejam trabalhando remotamente no Brasil, representando 9,1% dos 80,2 milhões de ocupados e não afastados (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021)

No entanto, em Nota Técnica do mesmo órgão, Góes, Martins e Nascimento (2020), apresentam que no mercado de trabalho brasileiro apenas 22,7% dos trabalhadores possuem condições que propiciem o exercício de suas atividades em teletrabalho. A nota referenciada acima evidencia, ainda, que pessoas brancas, com trabalho formalizado, altos níveis de escolaridade, envolvidos em atividades de carga intelectual e com maior faixa de renda estavam em trabalho remoto em 2020. Com isso, diante da situação social e econômica da maior parte da população brasileira – preta, pobre, com baixa escolaridade e envolvida em trabalhos informais e com alta demanda física – fica evidente que muitos trabalhadores e trabalhadoras não têm condições de cumprir suas atividades laborais em casa.

O trabalho em domicílio, impulsionado pelas medidas de distanciamento social, altera as noções de tempo e espaço de trabalho, rompendo com o modelo clássico da lógica trabalhista em que éramos inseridos antes da pandemia. Essa ruptura traz consequências, por vezes danosas à saúde de quem encontra-se em regime de *home office*, pois como explica Losekan e Morão (2020), o ambiente de trabalho é responsável por apresentar referências às pessoas sobre para a construção da identidade e de relações trabalhistas que delineiam hábitos e rotinas para quem trabalha. Ainda assim, Souza (2021) diz que “a forma abrupta com a qual [o teletrabalho] foi adotado” resulta numa sobreposição de tarefas do cotidiano com o trabalho cumprido em domicílio. A falta de distinção entre os ambientes de lazer, domicílio e trabalho tendem a gerar desorganização e falta de discernimento entre os papéis a serem cumpridos nas vidas pessoal e profissional, fazendo com que – em algumas situações – a pessoa que trabalha sob este regime e sem a supervisão direta, cumpra suas atividades em carga horária extensiva (concentrada) ou aumentada, ocasionando sobrecarga de trabalho, alterações do ciclo circadiano e pausas ineficientes.

O exposto acima pode ser exemplificado pelo estudo realizado por Porto (2021) junto a trabalhadores da Paraíba que estiveram em regime de trabalho *home office* durante o período de 2020 e 2021 da pandemia da COVID-19 e evidenciou que 40,6% relataram o aumento

da carga horária durante esse período, ao passo que 60,4% disseram extrapolar o horário que pré-estabeleciam como de trabalho e 68,3% disseram fazer horas extras. Conforme levantamento realizado por Bridi et al. (2020), os resultados das pesquisas com o mesmo escopo, em todo o país, mostram que o trabalho remoto estabelecido por conta da pandemia da COVID19 sobrecarregou os trabalhadores, no que diz respeito a quantidade de horas e dias trabalhados, gerando um ritmo mais acelerado. Essa era a previsão de Tremblay (2002) ao dizer que, ao passar para o regime de teletrabalho, grande parte dos teletrabalhadores têm aumento de carga horária de trabalho.

Os desafios impostos pela necessidade de ajustamento ao regime de trabalho em domicílio durante o período da pandemia, como a adaptação a novas rotinas e recursos tecnológicos de informação e comunicação no trabalho, adequações a espaços físicos em casa, conciliação com as atividades diárias e a convivência familiar, acabam por provocar estímulos estressores que podem resultar em respostas negativas, no âmbito físico e psicológico das pessoas em teletrabalho (GONDIM; BORGES, 2020). Com isso, a produção de processos de saúde e doença dos trabalhadores e das trabalhadoras em regime de *home office* impostos pela pandemia da COVID-19 pode desencadear, ou até mesmo acelerar, o aparecimento de sinais e sintomas de patologias de ordem psíquica, emocional e física.

A saúde musculoesquelética e o trabalho em casa durante a pandemia da COVID-19

No universo da saúde coletiva, sempre foi latente o receio dos impactos sobre o sistema musculoesquelético de trabalhadores e trabalhadoras pela inclusão das atividades laborativas no ambiente domiciliar na pandemia da COVID-19. Os problemas advindos da alteração na carga de trabalho e da estrutura física do espaço de trabalho no domicílio têm repercussões sistêmicas nas pessoas e nas instituições. Dejours (1992) relata que a sobrecarga e a fadiga oriunda do trabalho percebe-se, simultaneamente, no âmbito psíquico e somático. Uma vez presente no corpo, essa sintomatologia não consiste apenas em um excesso de uso de uma estrutura ou sistema orgânico da pessoa que trabalha, mas tratam-se de sintomas que surgem pelo aumento da carga de trabalho imposta a estrutura física e psicológica do trabalhador ou da trabalhadora. As consequências podem ser percebidas através de sinais de adoecimento físico de trabalhadores como dores no corpo, cefaleias, cansaço físico, indisposição, aumento dos níveis de estresse, alterações do sono, picos hipertensivos, tonturas, náuseas e sintomas de inflamações gástricas, além de alterações emocionais como aumento da irritabilidades e variações de humor, dentre outros. No entanto, podem ser percebidas alterações no sistema de produção, como queda de produtividade, e falta de envolvimento nas ações laborativas pelos

trabalhadores ou trabalhadoras.

Outro impacto importante a ser citado que é comumente visto em trabalhadores em *home office* é o desenvolvimento e diagnóstico das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho (DORT) que podem ser percebidas por sintomas algícos, vasculares e nervosos, oriundos ou não de patologias, que neste caso pode ser atrelado à utilização exacerbada de grupos esqueléticos, musculares e ou neurológicos respectivo da atividade laboral de forma repetitiva e em postura inadequada muitas vezes em ambientes inadequados. (BRASIL, 2012; SANTOS et al., 2021). No que diz respeito à etiologia e a associação com o trabalho em casa na pandemia, Moretti et al. (2020) refere que a incidência de dores, de todas as naturezas, está significativamente associada a fatores psicossociais, antropométricos e ergonômicos.

Grande parte desta sintomatologia deve estar ligada à questões psicossociais, como a grande carga emocional e as pressões percebidas das mais variadas formas, além do sentimento imposto pela necessidade de dar conta de todas as tarefas laborais e do domicílio, concomitantemente. Pensando nestas circunstâncias, entende-se que para as mulheres a situação do trabalho em casa tende a ser ainda mais difícil. O que percebeu-se, no *home office*, foi um acúmulo de atividades para as trabalhadoras, pois a dispensa de suas funcionárias para atividades domiciliares deixou-as diante de um aumento das obrigações impostas pela tripla tarefa de cuidar dos filhos, da casa e das demandas profissionais. Reitera-se que, independentemente do trabalho em casa pela pandemia, o sistema de divisão de tarefas no domicílio imposto pela sociedade machista, as colocam como principais executoras das atividades de cuidados com o ambiente da casa e dos filhos e filhas (LEMOS; BARBOSA; MONZATO, 2020).

Para além disso, na corrida para compor ambientes de trabalho no domicílio, entende-se que aconteceu uma construção sem o planejamento necessário para atender as tarefas e a carga horária de trabalho imposta pelas novas rotinas. Para criar um espaço de trabalho em suas casas, a maioria dos trabalhadores e trabalhadoras tiveram que reorganizar espaços que já existiam e que se tratava de ambientes em que as relações familiares e de afetos eram desenvolvidos. Esse rearranjo espacial tencionou alterações na rotina familiar do espaço domiciliar assim como as delimitações que teletrabalhadores fazem entre os espaços para vínculos afetivos e os de desenvolvimento de atividades laborativas. A inserção no sistema de teletrabalho se deu de forma tão radical que Ribeiro e Antunes (2021) dizem que agiu como um “precipitador de mudanças na dinâmica relacional familiar”, já que a divisão/alteração de espaços domiciliares e de trabalho conduziram a um “movimento de reconstrução dos significados dos vínculos afetivos e das atividades cotidianas compartilhadas”. Shimazu et al. (2020) relatam que pessoas com trabalho em *home office* podem ter sua vida pessoal invadida pelo trabalho, com prejuízos para si próprios e suas famílias, além de sofrerem, por vezes, uma demanda excessiva de trabalho, desgastando-se ainda pelo fato de que, em alguns casos, são acionados a qualquer dia e horário

para resolver questões profissionais. Essa sobrecarga tende a gerar situações de estresse e junto à tensão muscular pode tornar-se causadora de grande parte de algias derivadas do exercício das ações laborativas.

No tocante aos aspectos ergonômicos e o surgimento de quadros álgicos, Celenay et al. (2020) afirmam que a região lombar pode ser considerada uma grande área de risco para o desenvolvimento de dores musculoesqueléticas pela sobrecarga de trabalho imposta pelo *home office* durante a pandemia do Coronavírus. Estes autores explicam que a imposição da postura sentada por um período prolongado, especialmente em uma postura de flexão, pode causar/piorar a dor lombar devido ao aumento da pressão do disco intervertebral e deficiências da nutrição de regiões do disco intervertebral. No entanto, é importante reconhecer que a dor lombar tem origem multifatorial, além de causas idiopáticas (MAHER, UNDERWOOD; BUCHBINDER, 2017), por isso a redução da demanda biomecânica, associada ao controle da sobrecarga postural e implementação de intervenções organizacionais devem ser consideradas para o alcance efetivo do controle dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho na região lombar. Na região da coluna cervical, entende-se que a tensão nas estruturas musculares pode estar associada com a sobrecarga biomecânica imposta por atividades de concentração associadas, muitas vezes, à necessidade de aproximação do campo visual à tela ou documentos. Esta situação pode obrigar o trabalhador a manter a flexão do pescoço e da cabeça, que por sua vez, levam a uma contração isométrica estática da musculatura da região posterior da coluna cervical resultando em somatório de microlesões, processo inflamatório, fadiga e dor nesta região corporal (RASOTTO et al., 2015).

Gerding et al. (2021) trazem a preocupação de que o uso prolongado e excessivo de dispositivos eletrônicos (computadores de mesa, dispositivos de entradas de dados como teclados e *mouses*, computadores portáteis, *tablets* e *smartphones*) podem levar ao desenvolvimento de lesões provocadas pelo trabalho repetitivo de grupos musculares que atuam nas mãos, antebraços e braços. Celenay et al. (2020) referem que manter-se em posições que sobrecarreguem as estruturas da coluna é extremamente prejudicial ao profissional, que, em pouco tempo, pode começar a sofrer de dores nas costas devido à má postura. Sigahi et al. (2021) trazem como outro grave erro de quem trabalha em regime de *home office*, o fato de não contar com uma mesa e cadeira específicas para desenvolver suas atividades, além de referenciar como constante erro mais comum cometido pelos profissionais que atuam em casa o de realizar suas atividades deitados no sofá ou na cama. Em casa, não há garantia de instalações e equipamentos adequados, aumentando o risco ergonômico dos trabalhadores. Por isso, Santos et al. (2021) reforçam que “o oferecimento, por parte da empresa, de infraestrutura e recursos tecnológicos ergonômicos para o exercício do trabalho remoto com a utilização das tecnologias da informação e comunicação podem auxiliar nas atividades a serem desempenhadas e a manter a força de trabalho saudável”.

Há que se destacar que na transição entre os regimes de trabalho regular e trabalho em casa, as organizações também têm o papel de garantir que os trabalhadores e as trabalhadoras sejam orientados e educados quanto à adaptação de recursos técnicos e de mobiliário para execução de suas atividades em casa, por modo a garantir um ambiente adequado ergonomicamente para o desenvolvimento de suas tarefas. Santos et al. (2021) destacam, ainda, a necessidade de que as empresas forneçam a quem está em regime de *home office*, subsídios organizacionais para o “estabelecimento de rotinas e o desenvolvimento de habilidades como persistência, autonomia e disciplina”, garantindo a adaptação saudável ao trabalho remoto

Sobre essas questões, o teletrabalho, através da já citada Medida Provisória 927 (BRASIL, 2020) traz a obrigação de que as organizações estabeleçam regras para a caracterização do regime de teletrabalho, carga horária total de trabalho e o fornecimento de treinamento para o exercício da função de forma a garantir a sua integridade física. A medida estabelece a responsabilidade institucional para a aquisição, manutenção ou fornecimento dos equipamentos tecnológicos e da infraestrutura necessária e adequada para que o trabalho seja cumprido de forma remota e prevê, ainda, o reembolso de despesas arcadas pelo empregado.

Pode-se ainda citar o estresse ocupacional que se refere às condições de trabalho impostas e uma demanda que ultrapassa os limites de execução do trabalhador na sua atividade. Moretti et al. (2020), ao discutir a relação entre saúde mental e desenvolvimento de sintomas no sistema musculoesquelética durante o *home office* imposto pela pandemia, evidencia a possibilidade de que os trabalhadores se sintam menos produtivos ao se encontrarem num ciclo de sobrecarga individual de trabalho – monotonia – estímulos estressores – surgimento de sintomas. Por isso, destaca-se que o contato presencial com os colegas, que foi impedido pelo distanciamento social, como um elemento organizacional que estabelece divisões de tarefas, interações benéficas e pode representar uma estrutura de suporte à saúde emocional de muitas pessoas ao lidar com o trabalho, que se ressentem quando apenas interagem virtualmente.

Neste panorama, entende-se que a possibilidade do desenvolvimento de sinais e sintomas de adoecimento musculoesquelético relacionados ao trabalho representa grave prejuízo a trabalhadores, trabalhadoras e organizações. Por isso, a consciência de que cuidados com a saúde física, mental e emocional representam elementos essenciais a serem observados nas pessoas que passaram a trabalhar em regime de teletrabalho ou trabalho em casa, quando da declaração de estado pandêmico pela COVID-19 e a necessidade do distanciamento social como medida preventiva desta doença. A falta de cuidados com o ambiente e o processo de trabalho em casa tende a precarizar o trabalho das pessoas, adoecendo-as e tornando-as vulneráveis socialmente.

Considerações finais

A pandemia da COVID-19, além dos efeitos sanitários devastadores, trouxe alterações no modo produtivo de trabalho no sistema capitalista. Com a adoção do distanciamento social como uma das medidas preventivas para conter a disseminação do Coronavírus, as organizações, instituições e empresas foram impulsionadas a demandar capital tecnológico para que os trabalhadores e as trabalhadoras passassem a exercer as suas funções nos seus domicílios. Essa reestruturação obrigatória popularizou o termo *home office*, mas trouxe consigo a possibilidade de alterar rotinas familiares, tornar o trabalho precarizado e passível a desenvolver doenças psíquicas, emocionais e físicas.

Os profissionais em trabalho remoto, no contexto pandêmico, foram lançados em uma condição complexa e, por vezes, penosa, como cansaço, dúvidas, expectativas sobre o futuro, e até problemas familiares, o que pode trazer diversas problemáticas para sua saúde, como dores, a ansiedade e o estresse. Nesse cenário, entende-se que o trabalhador em *home office* possui enorme vulnerabilidade em relação a sua interpretação de seu papel na sociedade, ao atendimento de suas necessidades fisiológicas, a compreensão de suas questões particulares de cunho íntimo sendo de suas relações que se tornam diferenciadas com o distanciamento social. Some-se a isso, o fato de que a pandemia teve efeitos negativos sobre a saúde osteomuscular de trabalhadores e trabalhadoras dos mais diversos segmentos e áreas econômicas em que as atividades laborais foram colocadas em regime de trabalho à distância.

Não se pode deixar de considerar que o *home office* insere-se, atualmente, como uma modalidade de trabalho a ser adotada pelas instituições, dada as facilidades e redução dos gastos, no entanto faz-se necessário observar os contextos relacionados a grupos populacionais específicos, nos quais se observa o maior impacto na saúde e no processo adaptativo, por exemplo, as mulheres, cuja rotina de trabalho remoto culminou na extensão interminável da jornada de trabalho. Destaca-se, também, a possibilidade de aumento significativo da jornada e da carga de trabalho ao adotar o regime de trabalho em casa; situação exposta pela dificuldade em conciliar o tempo na sua atividade laboral no ambiente doméstico e a construção de um ambiente de trabalho no domicílio. Por fim, há que se discutir o risco do desenvolvimento de sinais e sintomas de adoecimento musculoesquelético como o surgimento de dores, fadiga, cansaço físico e mental.

Com essa exposição, há que se pensar estratégias que possam ajudar a mitigar problemas ergonômicos e psicossomáticos, em conjunto à uma equipe multiprofissional, para minimizar possíveis problemas físicos resultantes do excesso do teletrabalho em funcionários *home office*. De forma geral, destacamos a necessidade do cumprimento da legislação trabalhista sobre o Teletrabalho no Brasil por partes das empresas e instituições, por forma a implementar processos de trabalho organizados pensando na saúde das pessoas e treinamentos para executá-lo, a construção de ambientes adequados ergonomicamente e acesso a recursos terapêuticos

para amenizar e/ou prevenir sinais e sintomas de adoecimento físico, psicológico e emocional.

Referências

ANTUNES, R; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, p. 407-427, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 13.467, de 13 de Julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Medida provisória nº 927, de 2020. Medidas trabalhistas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus**. Congresso Nacional, Poder Legislativo, Brasília-DF, 2020. Disponível em: <<https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/141145>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRIDI, M.A et al. O trabalho remoto/home-office no contexto da pandemia COVID-19. **Rede de Estudos e Monitoramento da Reforma Trabalhista (REMIR - Trabalho)**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Grupo de Estudos Trabalho e Sociedade, 2020.

CELENAY, S.T al. Coronaphobia, musculoskeletal pain, and sleep quality in stay-at home and continued-working persons during the 3-month Covid-19 pandemic lockdown in Turkey. **Chronobiology International**, v. 37, n. 12, p. 1778-1785, 2020.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

GERDING, T et al. An assessment of ergonomic issues in the home offices of university employees sent home due to the COVID-19 pandemic. **Work**, p. 1-12, 2021.

GÓES, G.S; MARTINS, F.S NASCIMENTO, J.A.S. O trabalho remoto e a pandemia: o que a pnad covid-19 nos mostrou. **Carta Conjunt.(Inst. Pesqui. Econ. Apl.)**, p. 1-16, 2021.

GÓMEZ-GALÁN, M et al. Musculoskeletal disorders: OWAS review. **Industrial health**, v. 55, n. 4, p. 314-337, 2017.

GONDIM, S; BORGES, L.O. Significados e Sentidos do Trabalho do Home

HAUBRICH, D.B; FROEHLICH, C. Benefícios e desafios do home office em empresas de tecnologia da informação. **Revista Gestão & Conexões**, v. 9, n. 1, p. 167-184, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Home office concentrou 17,4% do total de rendimentos do trabalho em novembro**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37463&catid=3&Itemid=3>. Acesso em 26 jan. 2022.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Teleworking during the COVID-19 pandemic and beyond: A Practical Guide**. Geneva: ILO; 2020

LE MOS, A.H.C; BARBOSA, A.O; MONZATO, P.P. Mulheres em home office durante a pandemia da covid-19 e as configurações do conflito trabalho-família. **Revista de Administração de Empresas**, v. 60, p. 388-399, 2021.

LOSEKANN, R.G.C.B; MOURÃO, H.C. Desafios do teletrabalho na pandemia Covid-19: quando o home vira office. **Caderno de Administração**, v. 28, p. 71-75, 2020.

MAHER, C; UNDERWOOD, M; BUCHBINDER, R. Non-specific low back pain. **The Lancet**, v. 389, n. 10070, p. 736-747, 2017.

MORETTI, A et al. Characterization of Home Working Population during COVID-19 Emergency: A Cross-Sectional Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 17, p. 6284, 2020.

NETO, C.P.O. **Trabalho em ambiente virtual: causas, efeitos e conformação**. São Paulo: LTr Editora, 2018.

Office: Desafios para a Regulação Emocional. *In*: QUEIROGA, Fabiana. **Orientações para o home office durante a pandemia da COVID-19**. p. 39-48, Porto Alegre: Artmed, 2020.

PORTO, N.P.A. **Impactos físicos gerados pelo home office durante a pandemia da COVID-19 em trabalhadores de João Pessoa-PB**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia. Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. 25 f. João Pessoa - PB, 2021.

RASOTTO, C et al. Tailored exercise program reduces symptoms of upper limb work-related musculoskeletal disorders in a group of metalworkers: A randomized controlled trial. **Manual therapy**, v. 20, n. 1, p. 56-62, 2015.

RIBEIRO, M.M; ANTUNES, M.H. Repercussões do home office nos contextos do trabalho e da família: revisão integrativa. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 30, n. 70, p. 13-28, 2021.

SANTOS, I.N et al. Associação entre dor musculoesquelética e teletrabalho no contexto da pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 19, n. 3, p. 342-350, 2021.

SCHWAB, K. **A quarta revolução industrial**. São Paulo: Edipro, 2016.

SHIMAZU, A et al. Psychosocial impact of COVID-19 for general workers. **Journal of occupational health**, v. 62, n. 1, 2020.

SIGAHI, T.F.A.C et al. A systematic review on the impacts of Covid-19 on work: Contributions and a path forward from the perspectives of ergonomics and psychodynamics of work. **Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries**, 2021.

SOUZA, D.O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2020.

TREMBLAY, D.G. Balancing work and family with telework? Organizational issues and challenges for women and managers. **Women in Management Review**, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **COVID-19: Occupational health and safety for health workers: interim guidance, 2 February 2021**. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance, 3 December 2020**. Geneva: World Health Organization, 2020.

ZERBINI, T; ZERBINI, T. Home Office: O Papel da Ciência, Orientações Médicas e Cuidados com o Ambiente. *In*: QUEIROGA, Fabiana. **Orientações para o home office durante a pandemia da COVID-19**. p. 1-7, Porto Alegre: Artmed, 2020.

CAPÍTULO 5 - OS IMPACTOS PSICOSSOCIAIS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DECORRENTES DA SUA ATUAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA.

Brunno Alves de Lucena
Cecília Nogueira Valença

Introdução

Durante o curso da Pandemia da COVID-19, enquanto todos os dias reforçavam-se os apelos para que as pessoas permanecessem em suas casas isolados do convívio social, os trabalhadores dos serviços de saúde preparavam-se para fazer exatamente o oposto.

Neste contexto, esses trabalhadores são expostos a eventos estressores, a saber: maior risco de contrair o agente patogênico, adoecer e morrer; possibilidade de transmissão do vírus para outras pessoas; sobrecarga e fadiga; exposição à óbitos em larga escala; frustração por não conseguir preservar a vida de pacientes, apesar dos esforços; ameaças e agressões propriamente ditas, realizadas por pessoas que buscam assistência e não podem ser acolhidas devido à limitação de recursos; e, afastamento da família e dos amigos (WIND et al., 2020).

Somado a isso, fatores como condições inadequadas de trabalho, escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) e falta de habilidades específicas, geram sentimentos de medo, angústia e desamparo, levando esses trabalhadores a enfrentarem mudanças mais intensas no seu cotidiano laboral, que comprometem a saúde mental, resultando em esgotamento físico e emocional (FERNANDES, 2020).

Os ambientes e processos de trabalho nos quais os trabalhadores da saúde atuam, rotineiramente já apresentam uma elevada carga física e emocional, ocasionando desgaste emocional e impactando negativamente em sua saúde mental, além disso os desafios trazidos pela COVID-19 tendem a intensificar essas características.

Frente a essa realidade pandêmica, a Atenção Primária a Saúde (APS) é considerada um importante recurso de enfrentamento em situações emergenciais, tais quais as epidemias de dengue, zika vírus, febre amarela, Chikungunya (WHO, 2018) e, no momento presente, vem tomando destaque no enfrentamento à COVID-19, dado seu alto grau de capilarização em todo território nacional e o alcance de parcelas expressivas da população expostas a riscos excessivos devido às suas condições de vida.

É notório que a organização do trabalho na Atenção Básica sofreu profundas alterações

quanto à sua jornada de trabalho, realização de horas extras e ritmo de trabalho em decorrência do crescimento de casos de COVID-19 em larga escala, favorecendo o aumento exponencial da demanda sobre seus profissionais (SCHWARTZ et al., 2020).

Este capítulo é resultado de dissertação apresentada ao curso de pós-graduação em nível *scrito sensu* em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES). Deste modo, o objetivo geral desse estudo foi analisar as implicações que o cenário pandêmico da COVID-19 acarreta sobre a saúde dos trabalhadores da atenção básica, considerando os dilemas vivenciados diariamente por estes, que tendem a causar, desencadear ou intensificar os agravos por fatores de risco presentes nos locais de trabalho.

Considerando os riscos psicossociais no ambiente de trabalho, e a necessidade de desenvolvimento de estratégias que minimizem essas repercussões, tomando como base as necessidades locais, segundo a visão dos sujeitos que vivenciam os problemas, destaca-se a necessidade de apreender a percepção dos trabalhadores sobre seu processo de adoecimento. Quanto a composição, esse capítulo estrutura-se a partir dos seguintes tópicos:

a) O estigma social e os comportamentos discriminatórios sofridos pelos trabalhadores que atuam na atenção básica;

b) As transformações no processo de trabalho e nos modelos de gestão em decorrência da pandemia;

c) A relação do trabalhador com o processo de trabalho, considerando as vivências que tendem a mobilizar sentimentos, como dor, impotência, fraqueza.

Antes do desenvolvimento, propriamente dito, será delineado o cenário e trajetória a partir do qual emergiram estas questões.

Considerações teórico-metodológicas

Este estudo se deu através de abordagem qualitativa do tipo descritivo e exploratório com um universo amostral composto por 20 trabalhadores, que fazem parte das equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Santa Cruz, interior do Rio Grande do Norte, Brasil.

O número de participantes obedeceu ao critério de saturação teórica, como descritos por Ribeiro, Souza e Lobão (2018) que prevê a suspensão da inclusão de novos participantes quando o pesquisador, decorrente da amostragem e análise de dados, constata que não surgem fatos novos e que todos os conceitos da teoria estão bem desenvolvidos.

O processo de coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021 – quando o Brasil se tornou epicentro mundial de transmissibilidade e óbitos por

COVID-19.

Os dados investigados nesse estudo, foram obtidos através de uma entrevista semiestruturada, com 6 perguntas abertas, elaboradas a partir de revisão da literatura, que abordavam aspectos relacionados às cargas psíquicas de trabalho dos profissionais de saúde na atenção básica.

A entrevista foi realizada através de contato telefônico, em que os profissionais responderam às perguntas verbalmente, com uma duração de tempo entre 10 e 15 minutos. As entrevistas foram gravadas através de um aplicativo para smartphone e posteriormente transcritas. Este material foi analisado com apoio do software Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ).

Para o desenvolvimento deste estudo, foram utilizadas as análises de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) onde o vocabulário do corpus é identificado e quantificado em relação à frequência e à sua posição no texto. Esta análise visa alcançar classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário análogo entre si, bem como vocabulário diferente dos segmentos das outras classes.

Entende-se por classe como um conjunto de palavras que aparecem próximas umas das outras, com a formação de um segmento específico. Busca-se, desta forma, identificar pontos centrais do texto, além de se compreender como os termos estão associados uns aos outros (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A partir da CHD, as categorias foram interpretadas através da técnica de análise de conteúdo, percorrendo as etapas apontadas por Bardin (BARDIN, 2011), a fim de se extrair os conteúdos relevantes para discussão com base na literatura. A análise se deu através de três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Por se tratar de uma pesquisa a ser realizada com seres humanos, o estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com o parecer número 4.428.312 e CAAE 39785420.9.0000.5568, em cumprimento à Resolução 466/2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Trabalho em saúde em tempos de pandemia: estigma, preconceito e discriminação

Nesta classe, se evidenciou o estigma social e os comportamentos discriminatórios sofridos pelos trabalhadores da atenção básica participantes dessa pesquisa, bem como os processos sociais de exclusão, resultantes da criação de preconceitos e da potencialização de este-

reótipos vinculado a atitudes e crenças negativas dirigido a esses trabalhadores.

Conforme as falas dos entrevistados, pode-se constatar a vivência de atitudes de intolerância e preconceito, que indicam que para além do medo vivenciado frente a uma nova doença permeado por incertezas, ao invés de receberem apoio, os trabalhadores do âmbito da saúde passam a ter que conviver em condições que favorecem o desencadeamento de repercussões emocionais, a exemplo de atitudes preconceituosas e estigmatizantes.

[...] “Às vezes eu percebo que algumas pessoas têm medo de se aproximar de mim. Isso dói, sabe, eu estou na unidade de saúde para cuidar dos outros, e os outros me veem como um risco”. (Trabalhador 17)

[...] “Mas o pior que eu acho é as pessoas terem medo de se aproximar da gente, a gente percebe, não somos ingênuos, os olhares, evitam até de conversar, tudo preconceito, discriminação porque trabalhamos na saúde, mas isso não me obriga a estar contaminado e sair contaminando a todos”. (Trabalhador 5)

A carência de conhecimento sobre as formas de transmissão e o papel dos portadores assintomáticos na difusão do SARS-CoV-2, associado à inexistência de alternativas terapêuticas específicas e ao lento processo de vacinação da população, provocou um conflito social e pessoal favorecendo a ocorrência do processo de estigmatização e, assim, intensificando o sofrimento, principalmente quando o estigma se traduz em segregação e subtração existencial de trabalhadores da área da saúde.

Com base no cenário no qual estão inseridos, essas pessoas recebem a marca de potencialmente contaminadas, mesmo sem haver uma confirmação laboratorial ou clínica. Esse esquema analítico se integra com o conceito de violência simbólica, caracterizada como uma violência branda, invisível, “censurada e eufemizada, isto é, desconhecida e reconhecida”, escolhida e sofrida, que caracteriza a violência da confiança, e que se estabelece como uma maneira de dominar determinados contextos em que não é possível exercer a dominação direta. A violência simbólica como uma forma de dominação “doce”, que se exerce com um sorriso que instaura, ao mesmo tempo que nega, uma distância (BOURDIEU, 2004).

De acordo com o estudo de Xiang et al. (2020), trabalhadores da saúde que atuam na assistência e monitoramento à pacientes infectados pela COVID-19, relataram sofrer rejeição social e até discriminação por parte de amigos e familiares. Esses fatores tendem a agir como um gatilho para o desencadeamento ou para intensificar a manifestação de sintomas de estresse, ansiedade e depressão nestes profissionais (WIND et al., 2020).

Além das ameaças concretas apresentadas pelo contexto laboral, esses profissionais são susceptíveis a pressão de uma condição social que lhes imprime um rótulo de impureza, infecção, e, até mesmo, de intocabilidade, conforme percebido nos seguintes relatos:

[...] “Pior que o medo de se infectar é perceber que as pessoas não querem se aproximar de

mim ou de estar aonde eu estou, isso é preconceito, né? Ninguém sabe se estar infectado ou não” (Trabalhador 8).

[...] “As pessoas nos enxergam como leprosos, eu me sinto mal quando percebo alguns comportamentos, sabe. Me dá um tranca no peito. Parece que as pessoas não valorizam tudo o que estamos fazendo” (Trabalhador 13).

Esse processo de estigmatização relatado pelos trabalhadores de saúde no contexto de pandemia, pode ser entendido através do conceito de trabalho sujo (*dirty work*), que compreende as atividades laborais que se refere a uma experiência tabu, impura, indesejável. O termo sujo, não se remete ao exercício da profissão de forma ilegal. Ao contrário, o trabalho sujo refere-se a atividades necessárias, porém, possuem como objeto de trabalho o que é usualmente mantido à distância e que, por isso, carregam estigmas de uma construção social que lhes atribuiu características repulsivas, a ponto de o olhar do outro tender a identificar esse trabalhador ao objeto de seu trabalho (SILVA et al., 2016).

Esta realidade pode resultar no desenvolvimento de transtornos que incidem sobre o funcionamento emocional dos trabalhadores, causando malefícios irreduzíveis e inerentes à atividade de trabalho. A motivação, o interesse e o prazer são substituídos pelo medo, incerteza, ansiedade e o desprazer (PARKER, 2013).

O estigma causa danos não apenas por seus efeitos diretos aos trabalhadores, mas interfere também na vida de seus próximos, potencializando o sofrimento do próprio “estigmatizado”, ao ampliar os limites do estigma a seus familiares, amigos e contactantes. Como observados nos discursos a seguir:

[...] Até do meu esposo, o povo tem medo. Ele mesmo já me falou que no trabalho dele, os próprios colegas, nem café eles querem tomar junto com ele. E nós achamos que é porque eu sou enfermeira, né. É meu trabalho não tenho o que fazer (Trabalhador 7)

[...] E esse preconceito não é só comigo não viu, aqui na minha casa, sempre vinha uns coleguinhas do meu filho para brincar, mas desde que começou a pandemia, eu percebi que nunca mais vinheram (Trabalhador 18).

A partir do exposto, constata-se que os limites impostos pelo estigma possuem uma grande amplitude, pois não afligem apenas a vida das pessoas que carregam consigo o estigma, mas interferem também na vida das pessoas mais próximas. É evidente que o compartilhamento do estigma é delineado de forma simbólica ou concreta, ocorrendo acusação, rejeição e limitação espacial, fazendo com que familiares, amigos e pessoas próximas sofram.

Assim o estigma é também um fenômeno que causa estragos indiretos, ocasionando um processo de “coestigma”, envolvendo tanto a pessoa infectada como às pessoas de seu convívio. Por essa razão, o “coestigma” é definido como um prolongamento do estigma sofrido pelo trabalhador às pessoas de sua convivência. Eles podem enfrentar distanciamento de vizi-

nhos, colegas e amigos, quando se torna público a existência de algum ente familiar infectado, ocasionando um sofrimento adicional ao trabalhador, pela extensão do estigma às pessoas de seu convívio mais íntimo (MOREIRA et al., 2010).

Destaca-se que neste contexto de crise sanitária a desinformação e, o mau uso das mídias e redes sociais que tem contribuindo significativamente para a infodemia (neologismo atribuído pela OMS ao excesso de informações, sejam elas confiáveis ou não) associado a disseminação de *Fake News* (MESQUITA et al., 2020) tem oportunizado a ocorrência de atitudes estigmatizadoras e preconceituosas, bem como as maneiras pelas quais tais atitudes conformam práticas discriminatórias.

A organização do trabalho e o adoecimento dos trabalhadores

Esta classe apresenta, com base nos relatos dos entrevistados, as transformações que ocorreram nas relações profissionais, como aumento de solicitação de demandas, diferentes modelos de gestão, remuneração variável, aumento de controles e processos de registros em decorrência da pandemia.

Nos relatos a seguir é possível identificar as situações provenientes da sobrecarga e as exigências por parte da gestão por meio das cobranças que geram um aumento de demanda de trabalho, com diminuição ou manutenção do mesmo número de trabalhadores e com isso, favorecendo a intensificação dos sentimentos de insegurança, desesperança, medos e autoexigências, impondo aos trabalhadores um nível mais elevado de sujeição diante de práticas gerenciais que contribuem para o desencadeamento de transtornos emocionais.

[...] A secretaria de saúde coloca situações que nós não damos conta, porque além dos atendimentos de rotina, tem o monitoramento dos casos de COVID-19 ativo nas áreas da unidade. Tem dias que chego em casa exausta (Trabalhador 14).

[...] Aqui não tivemos apoio nenhum, eles só fazem cobrar, condições de trabalho aqui são poucas, até as máscaras são pouquíssimas (Trabalhador 16).

[...] Eles querem que a gente atenda todo tipo de demanda, sabe. Nós não temos mais condições. Parece até que a coordenadora não sabe da nossa realidade (Trabalhador 18).

Conforme os relatos dos trabalhadores, o processo de trabalho frente à crise sanitária, imposta pela pandemia, não oferece condições apropriadas ao trabalhador, que vão desde a indisponibilidade de equipamentos de proteção individuais (EPI's) ao exercício de rotinas externas às suas práticas assistenciais. Existe ainda, uma necessidade de adaptação de acordo com as exigências da gestão (Secretaria e Coordenações).

A escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs) é uma preocupação constante dos profissionais que atuam na chamada linha de frente (MEDEIROS, 2020) sendo os

protocolos adequados de biossegurança a principal forma de se proteger do vírus.

Em situações de crises sanitárias, como a ocorrência de grandes epidemias, ocasionam a fragilidade da organização e dos modos de trabalho, exigindo dos trabalhadores uma ampliação do seu campo de atuação frente às novas necessidades, que abrange o campo do saber e do fazer na saúde, já que estes eventos imprevisíveis atingem populações e favorece a desorganização do seu habitual modo de viver (OLIVEIRA et al., 2017).

Ao se depararem com o real do trabalho, surge a necessidade de os trabalhadores desenvolverem mecanismos de adequação para dar conta das exigências do trabalho, ainda que não consigam fazê-lo propriamente dito. Conseqüentemente, essa adaptação não respeita as limitações individuais de cada trabalhador, ocasionando o sofrimento emocional.

De acordo com Dejours (2008), o trabalho implica sempre um confronto entre o real e o prescrito. A “prescrição” (na ergonomia: tarefa ou modos operatórios prescritos) não permite a alteração dos procedimentos determinados pela organização do trabalho; já o “real” é definido como “aquilo que o mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico” (p. 40).

A discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real provoca no trabalhador sentimentos de incapacidade ao não conseguir atingir as demandas impostas pela gestão. Essa complexidade imposta por esse modelo de gestão favorece o desencadeamento de angústia e de sofrimento, que tomam a forma de medo de ser incompetente, de não estar à altura ou de se mostrar incapaz de enfrentar situações incomuns ou incertas, as quais, precisamente, exigem responsabilidade (DEJOURS, 1999).

Esse confronto será gerador de um sofrimento patogênico, em especial quando leva à repetição dos mesmos problemas, dos mesmos fracassos, tornando-se insuportável. Será somente por meio das possibilidades de deslocar os constrangimentos, os limites do real pelas estratégias e pela mobilização da inteligência, que conseguirá se obter prazer e saúde no trabalho.

O sofrimento nosso de cada dia

Esta classe, abordou a relação do trabalhador com o processo de trabalho na atenção básica durante o curso da pandemia, considerando as vivências de situações que tendem a mobilizar sentimentos, como dor, impotência, fraqueza, presentes nos relatos dos participantes deste estudo.

Ao lidar com as incertezas, como a limitação do conhecimento sobre a COVID-19, o risco de contaminação pelo coronavírus dentro do ambiente laboral e a escassez de recursos na Unidade Básica de Saúde, os profissionais podem se sentir impotentes. Assim, o profissional se depara com algo que o paralisa, indicando que, por mais que ele se esforce, por mais que esteja preparado tecnicamente, existe um limite para a sua atuação, como pode ser percebido

nos relatos a seguir:

[...] Me sinto impotente, sabe?! Nós da Estratégia Saúde da Família fazemos o monitoramento das pessoas que foram positivadas, e alguns casos chegam a agravar e nós não temos muitos recursos na UBS, a não ser um oxímetro, apenas para monitorar. E são vidas, familiares de colegas de trabalho, colegas de trabalho, e você nem se quer estar próximo pode. É uma mistura de frustração, impotência e fraqueza (Trabalhador 1).

[...] Me sinto de mãos atadas, sei lá, um sentimento de impotência, parece que a solução não está ao nosso alcance. Me sinto desmotivada (Trabalhador 2).

[...] É um misto de sentimentos: impotência, fracasso, apesar que nós da atenção básica não damos assistência direta aos casos graves, mas monitoramos os casos mais leves e quando há uma piora desses sintomas, a gente sofre juntos, porque temos um vínculo muito forte, e nem sequer assistência podemos dar, porque aqui na unidade não temos recursos, eu mesmo me sinto de mãos atadas (Trabalhador 5).

Com base nas falas dos trabalhadores entrevistados, é perceptível a vivência de sentimentos que os direcionam a um estado de sofrimento emocional, decorrente das condições e sobrecarga de trabalho durante o curso da pandemia, somado às incertezas sobre a doença e tratamento, ou dificuldade de lidar com a perda de seus pacientes. Relaciona-se ainda com o vínculo dos profissionais da AB com os familiares e pacientes, bem como, todo o contexto instável próprio de uma pandemia.

Corroborando com os achados dessa pesquisa, Schmidt et al. (2020), apontam que no contexto de pandemia os profissionais de saúde estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos emocionais, posto que enfrentam os desafios gerais impostos a toda população e os desafios específicos ao seu processo de trabalho; isto é: receio de ser infectado e de infectar familiares devido ao aumento do risco de contágio na unidade de saúde; limitação de recursos e equipamentos de segurança para a realização do trabalho, incertezas quanto à assistência terapêutica frente ao desconhecimento da doença, entre outros desafios que podem resultar em situações de sofrimento para esses trabalhadores.

Diante do exposto, ao longo do curso da crise sanitária imposta pela COVID-19, é evidente que os trabalhadores envolvidos se tornam suscetíveis às mesmas consequências emocionais dos atingidos. É possível perceber em alguns o sentimento de impotência que pode acarretar transtornos emocionais (DEJOURS, 1999).

O sofrimento mostrou-se decorrente tanto da vivência da própria crise sanitária, quanto das exigências técnicas, repercutindo no grau de consciência dos trabalhadores acerca da complexidade da situação e da necessidade de trabalhá-la na maior abrangência de aspectos possíveis (PORTO, 2016).

O sofrimento é uma experiência vivenciada, é um estado mental que implica um mo-

vimento reflexivo sobre seu estar no mundo (DEJOURS, 1999). Por meio das falas, é percebida a existência de sofrimento com relação à situação vivenciada, na qual os sentimentos de insegurança, desamparo e medo emergiram nesses tempos, demandando grande exigência emocional.

As expressões diretas de sofrimento vivenciado pelo trabalhador, podem ser expressas através de atitudes de medo e angústia, propensão à ocorrência de falhas, desânimo e tensões (DEJOURS, 2015).

Quando ocorre uma incompatibilidade entre a estrutura emocional e as exigências da tarefa, o trabalhador passa a apresentar sofrimento manifesto por uma doença somática. Diante da insatisfação com o conteúdo significativo da tarefa, o indivíduo começa a demonstrar sofrimento mental (DEJOURS, 2015).

Assim, o processo laboral, então, passa a ser vivenciado como evento estressor, o que pode indicar uma sobrecarga psíquica que não só dificulta a realização pessoal do trabalhador, mas também gera insatisfação e sofrimento no trabalho (BELLUSCI, 2017).

O sofrimento relaciona-se a um estado de luta, no qual o sujeito resiste aos aspectos da organização do trabalho que tentam levá-lo em direção à doença mental. A capacidade de ainda resistir a tais forças se estabelece como um estado saudável no qual o sofrimento no trabalho é considerado um sofrimento criativo (DEJOUR; ABDOUCHELI; JAYET, 2015).

Na emergência da COVID-19, é inevitável que os profissionais da saúde, estejam mais vulneráveis a potencializar o sofrimento emocional, pois, além das dores e angústia dos seus pacientes, lidam também com seus sentimentos de impotência, fracasso, estresse pelas condições e sobrecarga de trabalho, incertezas sobre a doença e tratamento, medo de contrair e transmitir o vírus e/ou dificuldade de lidar com perdas de seus pacientes.

Essas ameaças recentes foram somadas, as tentativas de desmonte da Atenção Básica, desde 2017, com a publicação da Portaria nº 2.436 – Política Nacional de Atenção Básica, que prevê a redução do número de agentes comunitários de saúde por equipe, flexibilização de carga horária de profissionais, abolição da prioridade para a ESF, extinção dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), perda de profissionais com o término do Programa Mais Médicos. E mais recente com a publicação da Portaria Nº 2.979 que reorienta o modelo de financiamento da atenção básica baseado no número de usuários cadastrados, fragilizando o enfoque comunitário, entre outros, representam constrangimentos importantes para uma atuação adequada da APS no enfrentamento da pandemia.

Considerações Finais

Neste estudo, analisou-se as implicações que o cenário pandêmico da COVID -19 acarreta a saúde dos trabalhadores da Atenção Básica. Dentre os achados, evidenciou-se que,

desafiados pela crise sanitária imposta pela COVID-19, os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) precisaram adaptar os seus processos de trabalho, sob grande pressão, como consequência ao novo cenário, com acúmulo de atividades, mais exigências de produção e de novas habilidades para a execução do trabalho. Isto além de conviverem, cotidianamente, com condições de trabalho precárias, decorrentes da escassez de recursos e materiais.

Essas transformações no processo de trabalho, oportunizam aos trabalhadores a vivência de sofrimento que se relaciona ao estresse pelas condições e sobrecarga de trabalho, incertezas sobre a doença e tratamento, medo de contrair e transmitir o vírus e/ou dificuldade de lidar com perdas de seus pacientes e se intensifica principalmente quando são alvo de comportamentos de preconceito e discriminação que se traduz em segregação e subtração existencial. Destaca-se também a sensação de insegurança e desamparo que emergiram nesses tempos, demandando grande exigência emocional.

A partir do exposto, faz-se necessário implementar intervenções que possibilitem a mudança das condições de trabalho e dos aspectos organizacionais da Atenção Básica. Espera-se que esse estudo possa subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas de promoção e estratégias do cuidado dirigido ao coletivo de trabalhadores da saúde a exemplo de ações que visem a prevenção de riscos e agravos, bem como a criação de sistemas de monitoramento e avaliação que forneçam evidências locais para o gerenciamento dos riscos.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELLUSCI, S.M. **Doenças profissionais ou do trabalho**. 12. ed. São Paulo: Editora Senac, 2017.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. DOI: 10.9788/TP2013.2-16. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 de Julho de 2021.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas. 2015.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 2015.

DEJOURS, C. **Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (*org.*). Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2008. p. 49-106.

DEJOURS, C. **Banalização da injustiça social**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

FERNANDES M.A.; RIBEIRO A.A.A. Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. **Rev Cuidarte**, v.11. n. 2: e1222. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1222>. Acesso em: 10 de Junho de 2021.

LIMA-SILVA, F.L; ZAMBRONI DE SOUZA, P. C.; ARAÚJO, A.J.S.; PINTO, F.M. Estigmatização e riscos no trabalho dos necrotomistas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32. n.1. p. 133-141. 2016. DOI: 10.1590/0102-37722016012302133141. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/HF58vHydHKFcpSnk43DyNJy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 de novembro de 2021.

MEDEIROS, E.A.S. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, e-EDT20200003. 2020. DOI: 10.37689/acta-ape/2020E-DT0003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Nc8yzcvtrvXbWBgBGskm36S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 de outubro de 2021.

MESQUITA C.T, OLIVEIRA A, SEIXAS F.L, PAES A. Infodemia, Fake News and Medicine: Science and The Quest for Truth. **Int J Cardiovasc Sci**, v. 33. n.3. p.:203-205. 2020. DOI: 10.36660/ijcs.20200073. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ijcs/a/gFzP6nLZXytdH LJCcLMXWGz/?format=pdf&lang=en> Acesso em 25 de novembro de 2021.

MOREIRA V.; MENESES A.M.; ANDRADE D.B.; ARAÚJO M.C. Fenomenologia do estigma em HIV/AIDS: “coestigma”. **Rev. Mental**, v.8. n.14. p. 115-131. 2010. DOI: Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/420/42020848006.pdf>. Acesso em 25 de novembro de 2021.

OLIVEIRA E.C et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 3. 2017. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/z5XwdsmszGVF BdGKZnNGtCf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 de outubro de 2021.

PARKER, R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mun-

dial. In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (org.). **Estigma e Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 25 - 46.

PORTO, M.F.S. A tragédia da mineração e do desenvolvimento no Brasil: desafios para a saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, v.32. n.2. 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00211015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GzW4Qrnp7ZwZPj9cgCCrfcn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 de novembro de 2021.

RIBEIRO J.; DE SOUZA F. N.; LOBÃO C. Saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados? **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 10, p. 3 - 8, 2018. DOI: [10.33361/RPQ.v.6.n.10](https://doi.org/10.33361/RPQ.v.6.n.10). Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/213/111>. Acesso em 14 de Julho de 2021.

SCHMIDT, B et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia** (Campinas),v. 37, e200063. 2020. DOI: 10.1590/1982-0275202037e200063. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j-64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30 de novembro de 2021.

SCHWARTZ, J, KING, C.C, YEN, M.Y. Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID19) Outbreak: Lessons from Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. **Clinical Infectious Diseases**. V. 255. n.2. p. 1-3, 2020. Disponível em: [10.1093/cid/ciaa255](https://doi.org/10.1093/cid/ciaa255). Acesso em 15 de Julho de 2020.

World Health Organization. Primary health care and health emergencies. Geneva: **World Health Organization**; 2018. (Technical series on primary health care). 13 p. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-careconference/emergencies.pdf?sfvrsn=687d4d8d_2. Acesso em 14 de Julho de 2020.

WIND, T. R.; RIJKEBOER, M.; ANDERSSON, G.; RIPER, H. The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. In Internet Interventions. **Elsevier B.V**, v. 20, n. 1, p. 1– 6. 2020. DOI: 10.1016/j.invent.2020.100317. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104190/pdf/main.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2021.

XIANG Y.T.; YANG Y.; LI W.; ZHANG L.; ZHANG Q.; CHEUNG T. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **Lancet Psychiatry**, v.7, n.3. p. 228-229. 2020. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32032543/>. Acesso em 10 de novembro de 2021.

SEÇÃO 2- SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 6 - A DEMANDA DE SAÚDE MENTAL E AS CONEXÕES INTERSETORIAIS ENTRE SERVIÇOS PRESENTES NO TERRITÓRIO: REFLEXÕES EM DUAS CIDADES DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO

Amanda Carla Silva Cavalcanti

Maria Eduarda da Silva Matos

Ana Kalliny de Sousa Severo

Introdução

A princípio para esse trabalho é importante destacar que a Política de Saúde Mental é um campo intersetorial, perpassado por diversas políticas, apresentando assim um caráter transversal. O processo de trabalho nessa área está pautado na concepção ampliada da saúde com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em que deve ser analisado o contexto histórico, social, econômico e cultural do país (SCHEFFER, SILVA, 2014).

A partir de 2010, a discussão acerca da intersectorialidade na saúde mental vem se fortalecendo. Em tal ano, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial, na qual pela primeira vez os parceiros intersectoriais foram convocados para o debate (MOTA, 2006). Essa articulação em rede é fundamental para enfrentar os complexos problemas sociais do Brasil, não cabe apenas a uma política, mas a organização de todas para que dessa forma todos os âmbitos sejam abarcados, de modo que seja possível pensar nos sujeitos em sua totalidade e não de forma fragmentada.

Desta forma, segundo Romagnoli et al. (2017) para que seja uma prática efetiva, não basta que essa articulação seja somente uma agregação de setores, pressupõe que vá além disso. A intersectorialidade convoca um conjunto de inovações na esfera pública, demandando novas respostas organizativas, que busquem superar estruturas hierarquizadas e verticais, criando assim novos arranjos institucionais de forma horizontal. “A produção de saúde mental passa necessariamente pela construção da intersectorialidade e do trabalho de uma rede articulada de saberes e práticas, de tal modo que este passa a ser o principal desafio para a desinstitucionalização” (ROMAGNOLI et al., 2017, p. 159).

Portanto, ao abordar essa perspectiva intersectorial o presente capítulo busca especificar de forma mais destacada duas políticas que estão inseridas nesse contexto: a Política de Saúde e

a Política de Assistência Social. Ao iniciar pela discussão de saúde, ressaltamos a Atenção Primária à Saúde (APS) que se constitui como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, através da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nesta, é enfatizada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioridade na expansão e consolidação da Atenção Básica (AB), com a proposta inovadora de romper com o modelo tradicional de saúde, centrando suas ações no cuidado voltado para o contexto da pessoa de modo territorial, resolutivo e longitudinal. Cabe destacar ainda os Agente Comunitários de Saúde (ACS) como parte da equipe de profissionais que atuam nas ESF com a finalidade de contribuir com as necessidades de saúde e melhoria das condições de vida da comunidade.

Desse modo, a Atenção Básica é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos no território adstrito em prol de desenvolver atenção integral às pessoas considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

AAB contempla também a descentralização, a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Ademais, com os avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) na perspectiva da desinstitucionalização envolvendo o cuidado em liberdade e no território, foi possível redirecionar o cuidado e inserir como uma demanda que necessita ser respondida pela APS. A partir disso, percebeu-se a necessidade de incorporar o grande e complexo desafio destinado para as demandas de Saúde Mental.

Nesse sentido, o Apoio Matricial se destaca como uma estratégia essencial para movimentar os fluxos na rede, compartilhar o cuidado entre a ESF, co-responsabilizando casos, abordando discussões conjuntas e intervenções estratégicas com outros equipamentos dentro e fora do SUS. É preciso considerar que existe uma rede como meio para referenciar e ordenar o cuidado com intuito de promover integração sistêmica de ações e de serviços, envolvendo a articulação entre diferentes setores e dispositivos.

Pensando nessa perspectiva a Política de Assistência Social, apesar de suas fragilidades, também se faz fundamental nesse processo ao lidar com demandas multifacetadas que requerem respostas para além da repartição setorial (ROMAGNOLI et al., 2017). A Assistência Social procura promover a inclusão social ou melhorar a qualidade de vida ao agir diretamente em problemas concretos da população de determinado território.

É importante destacar que a Política de Assistência Social foi pensada a partir da lógica da saúde, assim como o SUS, ela também é organizada por níveis de complexidade: proteção social básica e proteção social especial. No que concerne a proteção social básica, ela é ofertada principalmente nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que são unidades públicas municipais, de base territorial, instalados nas áreas que possuem os maiores

índices de vulnerabilidade e risco social, esse equipamento se destina à articulação dos serviços socioassistenciais em seu território de abrangência (BRASIL, 1993).

O CRAS atua com famílias e indivíduos, conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). O trabalho com essas famílias deve levar em consideração novas referências para a compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando assim o reconhecimento do modelo único baseado na família nuclear (DIMENSTEIN, NETO, 2020). Devido a sua capilaridade nos territórios, o CRAS se caracteriza como porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de várias famílias à rede de proteção social (BRASIL, 2009). Evidenciando assim essa similaridade entre APS e o CRAS, os dois dispositivos são considerados como porta de entrada de seus respectivos sistemas.

Por conseguinte, a atenção em saúde mental no território por esses dois serviços é fundamental. O território representa muito mais do que o município ou a região na qual se instalam os equipamentos das políticas públicas, consiste também nas conexões estabelecidas entre as subjetividades, espaços relacionais de vida, de permutas, de sustentação e ruptura de vínculos cotidianos que constroem sentidos e significados para os que nele vivem e circulam (ROMAGNOLI, 2014)

Assim, o território se mostra como algo vivo, dinâmico - muito diferente de como é visto pelas equipes que não trabalham diretamente nele - e com abordagens diversas pelos diferentes setores das políticas públicas que o abrange. Sabe-se que, no campo das políticas públicas e na busca da efetivação dos seus direitos, os usuários vão construindo ativamente as suas redes de cuidado, sejam elas formais e informais, buscando para tal, múltiplas conexões (GOMES; MERHY, 2014).

O envolvimento com vários dispositivos contribui para o enfrentamento de questões relacionadas às precárias condições de vida da população, que afetam o processo saúde-doença, situações de violência, vulnerabilidade social, ausência de renda, habitação precária, ausência de insumos básicos de alimentação, consumo prejudicial de substâncias psicoativas, e outros. Assim, ações intersetoriais são imprescindíveis para suprir as necessidades sociais que afetam a saúde mental da população.

Diante desse cenário apresentamos nesse capítulo o resultado de duas dissertações que dialogam a partir da perspectiva intersetorial na atenção primária à saúde em saúde e atenção básica em assistência social enquanto um locus de possibilidades para atenção em saúde mental a partir da experiência de profissionais em duas cidades do interior do estado do Rio Grande do Norte, com base nos pressupostos da Análise Institucional.

Considerações metodológicas

Os estudos apresentados se tratam de pesquisas qualitativas. A abordagem qualitativa foi utilizada mediante a complexidade do objeto desta pesquisa, com o intuito de melhor compreender os fenômenos estudados. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa investiga questões específicas, se preocupando com o universo dos significados, envolvendo valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, não restringindo a realidade a um modo meramente quantificado.

Foi utilizada ainda a perspectiva da pesquisa-intervenção, de natureza qualitativa, fundamentada no referencial teórico metodológico da Análise Institucional (AI), seguindo a vertente da socioclínica. A opção por uma pesquisa-intervenção se dá por entender que esta oferece ao pesquisador a oportunidade de atuar diretamente no campo da pesquisa, “estabelecendo/criando práticas/dispositivos que se constituem em acontecimentos diferenciadores, com grande potencial de análise” (GALVÃO; GALVÃO, 2017, p. 62). Segundo os pressupostos da AI, a pesquisa-intervenção permite analisar os significados que os sujeitos concedem nos diferentes espaços em que andam, bem como suas práticas (GALVÃO; GALVÃO, 2017).

Essa prática de pesquisa tenta defender a não-separação do sujeito/objeto e leva em consideração a implicação das pesquisadoras, evidenciando a não neutralidade do sujeito. Ao lembrar Monceau, Romagnoli aponta que para tentar transformar uma instituição é preciso fazê-lo de dentro dela, analisando seus atos no dia a dia, seus dispositivos e relações (ROMAGNOLI, 2014).

A AI tem sua gênese na França, na década de 1960, em um contexto de fortes movimentos contestatórios. Enquanto, no Brasil, ela foi introduzida a partir dos anos de 1970, em um contexto de restrições e autoritarismo, esse referencial vem ganhando notoriedade nas pesquisas em saúde coletiva. É a partir dos discursos e práticas dos sujeitos, que a Análise Institucional compreende uma determinada realidade social ou organizacional. E para isso utiliza-se de um conjunto de conceitos entre eles se destacam: encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação (L'ABBATE, 2012).

Ademais, estas pesquisas recorrem a Análise Institucional por ser considerado um referencial teórico-metodológico que percebe o processo de institucionalização contendo forças de conservação e inovação, bem como alguns analisadores que são as relações dos sujeitos incluídos na instituição (LOURAU, 1975). Para tanto, a AI objetiva compreender um contexto social e organizacional específico, considerando os discursos e práticas dos sujeitos.

Os estudos mencionados têm como ponto de convergência além do referencial teórico-metodológico, serem ambientados em dois serviços de atenção básica em saúde e assistência social em duas cidades do interior do Nordeste brasileiro. Quanto aos aspectos éticos, ambas foram submetidas e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da

Saúde do Trairí – FACISA/UFRN, mediante a Resolução nº 510, de sete de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Um dos campos de pesquisa foi uma Estratégia de Saúde da Família de um município de aproximadamente 40.295 mil habitantes. Na ESF pesquisada, existem duas Equipes de Saúde da Família com dez Agentes Comunitários de Saúde. As etapas da pesquisa incluíram a roda de conversa, anotações no diário de pesquisa e as entrevistas com oito ACS. Nessa pesquisa, utilizou-se as narrativas de três Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O território de referência dessa ESF é caracterizado pela atuação de facções e tráfico de drogas, violência e de diversos grupos culturais da cidade. No referido território, também há escolas de ensino médio e fundamental e um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

Usaremos nomes fictícios de flores para preservar o sigilo dos participantes da pesquisa, mas faremos um recorte somente das narrativas de Lírio, Jacinto e Narciso por focar no processo de intersectorialidade no território. Os nomes foram escolhidos pensando no território vivo e no poder genuíno das flores, metaforicamente comparando os ACS como condutores que levam cuidado e esperança para os usuários e tem raízes no território, florescendo na comunidade que atuam.

O segundo serviço pesquisado foi um CRAS de um município do interior do Rio Grande do Norte, na região do Seridó. O município em questão possui uma população de 42.652 habitantes em uma área geográfica de 864.349 km². Participaram do estudo duas técnicas de nível superior do serviço. A pesquisa teve início em junho de 2021 e as atividades junto às trabalhadoras foram realizadas durante o mês de outubro de 2021, no qual foi finalizado a etapa em campo, na equipe técnica constavam uma psicóloga e duas assistentes sociais (na qual uma delas também era a pesquisadora do estudo).

A coleta de dados ocorreu através das seguintes estratégias: pesquisa documental através dos prontuários da instituição, três rodas de conversas com as profissionais da equipe técnica, a observação participante e diário de pesquisa.

Propondo-se a responder os objetivos do trabalho de acordo com o referencial teórico metodológico utilizado, a análise ocorreu durante todo o processo da pesquisa levando em consideração os princípios da Socioclínica. Foram utilizados conceitos importantes da AI, a começar pelo conceito de Instituição, que corresponde a uma realidade que atravessa as organizações e estabelecimentos, sendo um emaranhado de forças (ROSSI; PASSOS, 2014).

Resultados e discussões- Conexões intersectoriais entre saúde mental e os positivos presentes no território

A produção dos dados das pesquisas aqui analisadas evidencia o modelo intersetorial do cuidado como força instituinte contrapondo-se a desarticulação e fragmentação entre a atenção básica em saúde e assistência social como força instituída no cotidiano dos serviços.

No âmbito da ESF, quando um dos ACSs foi questionado sobre a rede de saúde mental do município e como ela funcionava, apesar de expressar o conhecimento sobre a existência do CRAS e do CAPS ad em seu território de atuação, demonstrou informações confusas sobre o papel desses serviços, o que tornava difícil o encaminhamento e compartilhamento do cuidado aos usuários de SPAs. Um dos momentos que foi possível perceber isso foi quando Jacinto se referiu ao CRAS, confundindo sua função na rede e sua incerteza sobre para onde o usuário de SPAs deveria ser encaminhado.

Na pesquisa desenvolvida no CRAS, identificou-se que no município ainda havia fragilidades na articulação entre a rede, principalmente no que se refere a Proteção Social Básica (CRAS) e Atenção Primária à Saúde (UBS). Ou seja, apesar das pesquisas terem sido realizadas em cidades diferentes, foram encontradas questões semelhantes ao se analisar a desarticulação entre os serviços.

Segundo o mapeamento realizado a partir dos prontuários do CRAS, durante o período de março de 2020 a agosto de 2021, dentre as formas de acesso do usuário ao serviço, os encaminhamentos realizados pela saúde correspondiam a 5% de como esse sujeito chega ao equipamento, outras formas de acesso categorizadas foram: busca ativa, demanda espontânea, encaminhamentos realizados pela proteção social básica, pela proteção social especial, pelo conselho tutelar, entre outros. Todavia, ao verificar esses 5%, observa-se que em sua maioria 83% foram realizados pelo Hospital localizado no município, enquanto o número de encaminhamentos efetuados pelas equipes das ESFs representa 16%.

Observamos, que mesmo em se tratando de serviços que atendem no território de vida das pessoas, o CRAS expressa articulação mínima com a ESF. Isso reflete dificuldades no que se refere a construção de redes formais no território para atenção integral em saúde e garantia dos direitos desses usuários.

Essa dificuldade se agrava quando se pensa nos modos como são realizados os encaminhamentos. O estudo também aponta que existem encaminhamentos do CRAS para o setor de saúde, principalmente realizados pela psicóloga do serviço, tais encaminhamentos são destinados ao setor de regulação. Como pode ser identificado na própria fala da técnica ao ser questionada sobre as demandas do equipamento durante o período da pandemia de Covid-19

Eu lembro que algum ... eu não lembro qual, mas ... eu acho que foi ainda no fim do ano passado, que a demanda começou a aumentar, a demanda de saúde mental, às vezes eu vejo, eu percebo isso, que tem um mês que aí vem. Pronto, teve uma semana que eu tinha que fazer os encaminhamentos e aí eu fiquei com vergonha de fazer 7 encaminhamentos no mesmo dia pra a regulação [setor da saúde], aí eu fiz os encami-

nhamentos e fui mandando fracionado, vou mandar dois hoje, aí dois eu mando amanhã (risos), porque eu fiquei com vergonha de mandar tudo de uma vez (TÉCNICA 1)

A profissional menciona que chegam muitas demandas de saúde mental no CRAS. Porém nessa linha de comunicação com o setor saúde, não há articulação entre os serviços, principalmente no que se refere a APS. A articulação é ordenada apenas por meio do setor de regulação. Isso torna as redes frias e pouco resolutivas mediante as necessidades dos usuários. Por isso, autores como Freire et al. (2020) tem proposto no campo da Saúde Coletiva dispositivos de conversas entre os trabalhadores que compartilhamento de responsabilidades entre os serviços, negando a lógica do encaminhamento. O compartilhamento dos casos em lógica de co-responsabilização torna-se fundamental para a superação da fragmentação do cuidado e construção de uma linha de cuidado no território (FREIRE et al., 2020).

Pois como foi discutido anteriormente, a articulação não diz respeito somente a agregar os serviços, está para além disso. Como pensado por Romagnoli et. al. (2017) é fundamental pensar a rede como um tecido construído entre muitos “nós”, compondo desta forma um coletivo capaz de produzir fluxos que potencializem o cuidado, a vida, a atenção.

Como cuidados em saúde mental instituintes no contexto da atenção básica em saúde e assistência social, foram destacadas articulações entre a saúde e a educação e da saúde com a assistência social na promoção do cuidado aos usuários com problemas relacionados à saúde mental, álcool e outras drogas.

As falas que foram destacadas na ESF pelos ACSs chamam atenção para um modelo de cuidado intersetorial pautado na prevenção e promoção da saúde mediante os problemas advindos do uso abusivo de álcool e outras drogas, em especial direcionado para as escolas presentes no território por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE) que tem como público-alvo crianças e adolescentes.

A gente trabalhou as escolas, principalmente criança e adolescente. Porque eu digo sempre, se você for trabalhar pra tirar o dependente da droga é difícil, você tem que trabalhar na base, pra ele não entrar, pra ele não passar a ser usuário, porque quando ele passa a ser usuário, pra você tirar ele é muito mais complicado, é muito mais difícil, a gente tem visto essa dificuldade. Mas a unidade também, a gente trabalha o PSE que é na escola e a gente tem levado também essas informações, juntamente com as equipes e dentro da medida do possível a gente tem feito alguma coisa, dentro da medida do possível, não sei se o necessário, o suficiente, mas a gente tem tentado levar essas discussões em alguns locais, na própria UBS a gente tem trabalhado também esse tema, mas ainda é pouco pra quantidade de problema que a gente tem a (Lírio).

O PSE é narrado por Lírio como a escola sendo um espaço destinado para práticas de desenvolvimento e reflexão crítica e social, na perspectiva de promoção e prevenção do uso

de substâncias psicoativas (SPAs). Para ele, abordar esse tema na escola e orientar crianças e adolescentes para não usar essas substâncias é um meio eficaz para encarar o problema do consumo prejudicial no futuro.

Lírio também sinaliza que ainda não acha suficiente estar só ocupando a escola, por isso, necessita utilizar a Unidade Básica de Saúde para propagar orientações com esse viés. É perceptível os questionamentos no que se refere a ser necessário ou suficiente, muito embora ele conclua que ainda precisa fazer muito mais para demanda presente no território.

Naquela época nós já fazíamos um trabalho usando várias dinâmicas, a gente fazia composição de paródias, a gente cantava, poesia, fazia um diálogo bem aberto com o pessoal nas escolas, em várias instituições, nós criávamos música, era um negócio bem interessante que deu o que falar na época (Narciso).

Corroborando com a ideia de Lírio, Narciso argumenta que as escolas são um campo fértil para propagação da prevenção do uso de drogas. Mediante tal oferta, faz-se necessário discutir tal prática na perspectiva do fortalecimento da Política de Redução de danos e crítica às práticas de proibicionistas. A narrativa aborda ainda outras possibilidades de ofertar esse cuidado utilizando a arte, música, poesia, dinâmicas grupais e paródias como alternativas viáveis para encarar essa demanda. Apesar de não sinalizarem a Redução de Danos (RD), essas estratégias poderiam ser potentes em todos os espaços elencados pelos profissionais.

A RD vai se configurando como um conjunto estratégico transversal que dialoga com outras políticas públicas e é imprescindível para o cuidado. É uma prática em que o usuário é protagonista do seu cuidado e é percebido com um novo olhar, promovendo a cidadania, o acesso às ações preventivas, o autocuidado e à adoção de práticas seguras em relação às doenças sexualmente transmissíveis (IST). Respeita ainda seu desejo quanto a continuidade do uso ou a possibilidade da abstinência (ALVES, 2018).

Compreendendo o quão é imprescindível os profissionais de saúde direcionarem seus olhares para o usuário de forma livre de preconceitos, utilizando alternativas dialógicas e pragmáticas, percebe-se que acolhe muito mais do que distancia os usuários de procurar os serviços de saúde. Assim, a RD além de ser uma perspectiva profundamente ética, se fortalece promovendo o bem-estar das pessoas de modo mais abrangente possível, considerando, sobretudo, sua subjetividade.

A Política Nacional de Atenção Básica no Brasil destaca a intersetorialidade como um de seus princípios e atribui que todos os profissionais devam integrar as ESF, frisando o desenvolvimento de ações com dispositivos que possam atuar de forma potente através de parcerias e recursos na comunidade, norteados por práticas que possam ser orientadas para a promoção da saúde (MORETTI et al., 2010).

Ademais, outro ponto fundamental que ecoou nas falas dos profissionais diz respeito aos encaminhamentos e referências para outros dispositivos de saúde e assistência social, como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Quando questionado sobre o encaminhamento dado a demanda de saúde mental, álcool e outras drogas, um ACS responde:

Geralmente é pra o CAPS ad. Geralmente o trajeto é esse aqui é o CRAS, às vezes tem devido as drogas acaba chegando no CRAS na assistência social, porque quando o cara faz uso de droga, geralmente a família começa a ficar com problema ne? Aí começa agressões, questão de não ter nem o que se alimentar, muitas vezes não tem onde morar, às vezes é preciso buscar um aluguel social, alguma coisa dessa forma, termina essa demanda de um forma indireta chegando no CRAS, na assistência social. Só que a gente ainda nota que o CRAS tenha mais ações, mais condições de atender essa demanda, é complicado, mas alguma coisa é feita no CRAS, talvez se fosse mais seria melhor, mas são parceiros de uma forma indireta (Lírio).

Percebe-se que o primeiro dispositivo que surgiu na fala de Lírio foi o CAPS ad, lugar que acolhe usuários que fazem uso prejudicial de SPAs. Cabe destacar que o CRAS também foi um dispositivo que está vinculado com esse cuidado. O CRAS é considerado como porta de entrada da Política de Assistência Social, além de ser o responsável pela gestão da proteção básica no seu território. Recebe demandas multifacetadas e busca o acompanhamento social de indivíduos e famílias.

Conforme vem sendo abordado no decorrer do texto a importância da intersetorialidade para o desenvolvimento da Rede de Saúde Mental, para a construção do cuidado do usuário em sua integralidade.

Considerações finais

Percebe-se com as experiências que foram narradas até aqui, a importância de refletir sobre as conexões entre os serviços de saúde e assistência social para o processo de produção de saúde mental. Construir e conectar a rede que se faz presente no território implica em lidar com os desafios que vão emergindo e as particularidades que se fazem presentes no cotidiano.

Com as narrativas que foram discutidas foi possível reconhecer as dificuldades na construção de ações intersetoriais. Dentre elas podemos destacar: a inexistência de diálogo entre os serviços e o predomínio de uma lógica de encaminhamento; o desconhecimento das funções dos serviços da rede formal que atuam no território. Isso gera um processo de reprodução de fragmentação entre os serviços. Por outro lado, ações como a articulação da saúde e da edu-

cação foram citadas como importante para a promoção da saúde mental no campo de álcool e outras drogas.

Dessa maneira, fica evidenciada a necessidade de abarcar na APS estratégias de articulação entre os serviços para atender o usuário levando em consideração sua integralidade, respeitando a possibilidade ou a necessidade de compreender que o cuidado pode e deve ser compartilhado com outros serviços.

Além do que é importante frisar que essa articulação entre os dispositivos é fundamental e deve buscar superar as estruturas verticalizadas e hierarquizadas, ao propor inovações, com a concepção de que os usuários são sujeitos de direitos.

Referências

ALVES, R. B. (coord.) **Curso de capacitação em redução de danos para profissionais de saúde de Santa Catarina**. Santa Catarina: Secretaria de Saúde de Santa Catarina; Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Lei n. 8.742, 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. – 1. ed. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. 72 p.

DIMENSTEIN, M.; NETO, M. C. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. 1-17, 2020.

FREIRE, M. P.; LOUVISON, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; CHIORO, A.; BERTUSSI, D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. **Saúde Soc.** 29 (3), 2020.

GALVÃO, E. F. C.; GALVÃO, J. B. Pesquisa Intervenção e Análise Institucional: alguns apontamentos no âmbito da pesquisa qualitativa. **Revista Ciências da Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 54-67, 2017.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.) Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

L'ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

LOURAU, R. A análise institucional Petrópolis: **Vozes**; 1975.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade Petrópolis: **Vozes**; 1994.

MORETTI, A. C.; TEIXEIRA, F. F.; SUSS, F. M. B.; et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde de Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1827-1834, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JGYgjZypv9L8dZrPFWzvbvm/?lang=pt>>. Acesso em: 31 Jan. 2022.

MOTA, A. E. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, p. 40-48, 2006.

ROMAGNOLI, R. C.; AMORIM, A. K. M. A.; SEVERO, A. K. S.; et al. Intersetorialidade em Saúde Mental: Tensões e Desafios em Cidades do Sudeste e Nordeste Brasileiro. **Revista Subjetividades**, v. 17, n. 3, p. 157-168, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6075/0>>. Acesso em: 31 Jan. 2022.

ROMAGNOLI, R. C. Acerca da noção de território no SUAS: A proposta esquizoanalítica. In R. C. ROMAGNOLI, M. I. C. MOREIRA (Orgs.), **O Sistema Único de Assistência Social - SUAS: A articulação entre psicologia e o serviço social no campo da proteção social, seus desafios e perspectivas** (pp. 117-131). Curitiba: Editora CRV, 2014.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, p. 44-52, 2014.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-inter-

venção no Brasil. **Revista Epos**, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 118, p. 366–393, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/hmm93SyZXS8DrjnxFwgYCFh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 25 Jan. 2022.

CAPÍTULO 7 - ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

Eleazar Marinho de Freitas Lucena
Rayane Stefany Borges Sabino
Renata Newman Leite dos Santos Lucena

Introdução

O transtorno mental e comportamental é conceituado como sendo uma doença com manifestação psicológica relacionada a algum comprometimento funcional, resultante de disfunções de ordem biológica, social, psicológica, genética, física ou química, causando prejuízos no desempenho global do indivíduo tanto no âmbito pessoal como no social, ocupacional e familiar (SANTOS; SIRQUEIRA, 2010).

Neste contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, além de dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica. Estes equipamentos são implantados nos municípios com base no número de habitantes, diferenciando-se pelo porte, capacidade de atendimento e pela clientela atendida, podendo ser: tipo I, II e III, CAPS Álcool e outras drogas e infantil (BRASIL, 2002).

A atenção psicossocial tem como destaque uma rede de cuidados que contempla a Atenção Básica em saúde, partindo da inferência das diversas problemáticas em saúde mental que pode ser solucionado nesse nível de assistência (BARBOSA; SILVA, 2014). Nessa perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) oferecem atenção diária a usuários que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, por meio de atendimentos individuais ou em grupo, nos quais a proposta é atender as múltiplas necessidades e vulnerabilidades deste público, visando os cuidados integrais, com ações terapêuticas preventivas, de promoção e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002).

O alto índice da deterioração do funcionamento mental decorrente do consumo de substâncias psicoativas representa um expressivo problema de saúde pública, visto que já representa uma das principais causas de incapacidade em todo mundo (PAULI; CAMPOS, 2016). Na região Nordeste, os estados da Bahia, Pernambuco, Sergipe, Alagoas e Paraíba contam com aproximadamente 32 milhões de pessoas, onde, poderiam existir cerca de 3,5 milhões de indivíduos com transtornos mentais e transtornos resultantes de usos de substâncias psicoativas (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015).

De acordo com Pauli e Campos (2016), o comprometimento cognitivo pode advir do transtorno mental, onde na grande maioria, os indivíduos com déficits na saúde mental desenvolvem também limitações físicas, sendo características das manifestações, as alterações na estrutura corporal e no movimento, tais como dificuldades na execução dos movimentos, tensões e rigidez muscular crônica, alterações posturais, padrão anormal de respiração e prejuízo da expressão corporal. Em razão da presença dessas disfunções corporais decorrente do transtorno mental, ou até pela ação prolongada de fármacos psicotrópicos, há interferência considerável na realização de atividades diárias e nas relações interpessoais (SILVA; PEDRÃO; MIASSO, 2012).

O fisioterapeuta é um profissional cujo objeto de estudo é o movimento humano, possuindo ampla visão na funcionalidade humana, atuando na prevenção, promoção e na reabilitação dos usuários portadores de transtornos mentais, potencializando o trabalho multidisciplinar para a inserção desses indivíduos no seu contexto social. Diante do exposto, o objetivo deste capítulo é discutir a percepção dos profissionais e usuários do CAPS ad acerca da atuação fisioterapêutica nesta unidade.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2018 e abril de 2019, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) de um município do litoral paraibano. O público participante foram todos os profissionais e os usuários deste CAPS ad.

Foram incluídos na pesquisa os usuários que recebiam atendimento fisioterapêutico com idade igual ou superior a 18 anos e os profissionais da equipe interdisciplinar que aceitaram participar do estudo. Enquanto os profissionais que no período da coleta de dados estavam afastados de suas atividades, por licença ou férias, foram excluídos do estudo.

Foram entrevistados 20 participantes, sendo 10 profissionais e 10 usuários. Foi adotado o critério de saturação de respostas para definição do tamanho da amostra. Para a coleta de dados, foi aplicado primeiramente um questionário contendo dados sociodemográficos e de condições de saúde, em seguida foram realizadas entrevistas por meio de um roteiro semiestruturado relacionado à atuação fisioterapêutica na atenção psicossocial, elaboradas pela pesquisadora, as quais foram gravadas com o auxílio do gravador de voz digital, sendo transcritas na íntegra.

Após tabulação, os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, sendo utilizado para o processamento de dados textuais o programa *Analyse Lexicale par Contexted'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), versão 2015. A Análise de Conteúdo busca facilitar a compreensão das falas dos sujeitos por meio de classificação de temas ou ca-

tegorias (SILVA; FOSSÁ, 2015).

As etapas da análise que foram propostas por Bardin (2011), são organizadas em três fases: 1) Pré-análise: caracterizada por sistematizar as ideias iniciais e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. Nesta fase é definido o corpus da análise; 2) Exploração do material: consiste na construção das operações de codificação. O programa identifica e reforma as unidades de texto, ocorrendo a construção da Unidade de Contexto Individual (UCI) e da Unidade de Contexto Elementar (UCE). De acordo com Camargo e Justo (2013), o programa identifica a quantidade de palavras, pesquisa o vocabulário e reduz as palavras com base em suas origens; 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: consiste na captação dos conteúdos de todo o material coletado. A classificação resultou em três classes: Classe 1 – Desafios para o trabalho da fisioterapia no CAPS ad; Classe 2 – Condições e necessidades de saúde dos usuários do CAPS ad; e Classe 3 – Potencialidades da fisioterapia no CAPS ad.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPÊ, CAEE: 91376218.4.000.5176 e Parecer Consubstanciado: 2.794.820., respeitando as diretrizes vigentes sobre pesquisa com seres humanos.

Resultados e discussão

A tabela 1 apresenta as características gerais dos usuários do CAPS ad no município investigado. A amostra foi composta, em sua totalidade, por homens (n=10), com prevalência da faixa etária entre 30 a 39 anos (n=6), na qual obteve-se uma média de 44,8 anos de idade. Em relação à escolaridade, 90% possuem ensino fundamental incompleto. Sobre a situação trabalhista, (n=4) estão desempregados, (n=3) empregados e (n=2) afastados, recebendo benefício pelo INSS.

Tabela 01. Características gerais dos usuários do CAPS ad.

	<i>n</i>	%
Sexo		
<i>Masculino</i>	10	100
Faixa etária		
<i>18 a 29 anos</i>	2	20,0
<i>30 a 39 anos</i>	6	60,0
<i>40 a 49 anos</i>	2	20,0
Estado civil		
<i>Solteiro</i>	2	20,0
<i>Divorciado</i>	6	60,0

Escolaridade	<i>União estável</i>	2	20,0
	<i>Fundamental incompleto</i>	9	90,0
	<i>Médio incompleto</i>	1	10,0
Situação trabalhista	<i>Aposentado</i>	1	10,0
	<i>Empregado</i>	3	30,0
	<i>Desempregado</i>	4	40,0
	<i>Afastado, recebendo benefício pelo INSS</i>	2	20,0
Acesso ao CAPS ad	<i>Demanda espontânea</i>	8	80,0
	<i>Outro</i>	2	20,0
Tempo de acompanhamento no CASP ad	<i>Até 12 meses</i>	3	30,0
	<i>Entre 13 e 24 meses</i>	1	10,0
	<i>Entre 25 e 60 meses</i>	1	10,0
	<i>Mais de 60 meses</i>	5	50,0
Comorbidades	<i>Hipertensão arterial sistêmica</i>	3	30,0
	<i>AVE</i>	1	10,0
Hábitos de vida	<i>Sedentário</i>	7	70,0
	<i>Etilista</i>	5	50,0
	<i>Ex etilista</i>	5	50,0
	<i>Tabagista</i>	2	20,0
	<i>Ex tabagista</i>	4	40,0
Uso de drogas ilícitas	<i>Usuário de maconha</i>	1	10,0
	<i>Ex usuário de maconha</i>	3	30,0
	<i>Ex usuário de cocaína</i>	4	40,0
	<i>Ex usuário de crack</i>	4	40,0
Total		10	100

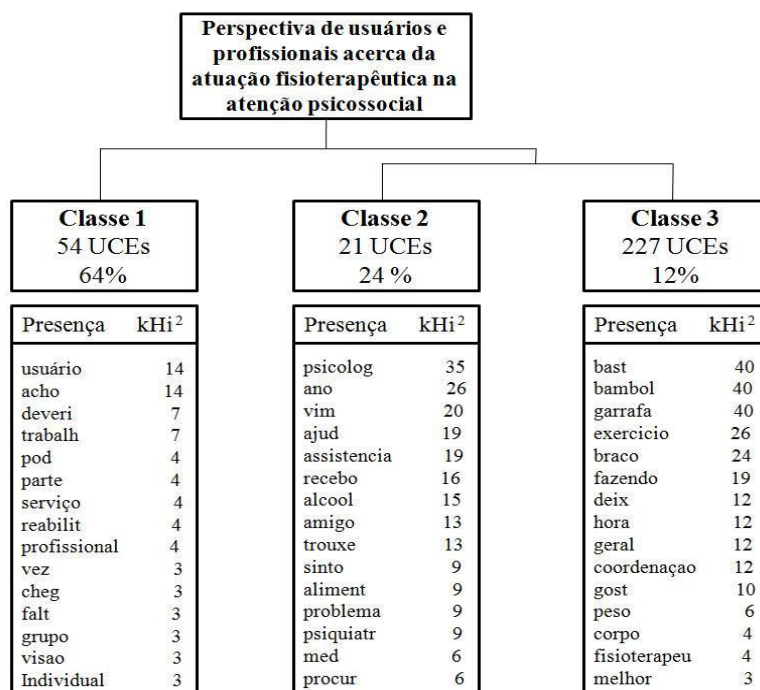
Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto à via de acesso ao serviço, (n=8) relataram ter sido de forma espontânea. Em relação ao período de acompanhamento, (n=5) usuários estão no serviço a mais de 60 meses, (n=3) até 12 meses e (n=1) entre as faixas de 13 a 24 meses e 25 a 60 meses, na qual a média do tempo de acompanhamento no CAPS ad foi de 53,3 meses.

Sobre hábitos de vida, temos que (n=7) sedentários; etilistas ou ex-etilistas, (n=5); ex-

vras e variáveis associadas a cada uma das classes.

Figura 01. Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).



Fonte: Dados da pesquisa.

Do corpus total das entrevistas transcritas, obteve-se um aproveitamento de 91% do conteúdo submetido à análise. A classificação resultou em três classes, a saber: Classe 1 – Desafios para o trabalho da fisioterapia no CAPS ad; Classe 2 – Condições e necessidades de saúde dos usuários do CAPS ad; e Classe 3 – Potencialidades da fisioterapia no CAPS ad.

Classe 1 – Desafios para o trabalho da fisioterapia no CAPS ad.

O seu conteúdo refere-se à percepção e vivência dos profissionais e usuários mediante a rotina de trabalho da fisioterapia na atenção psicossocial. Essa classe possui 64% UCEs. Traz expressões que demonstram os desafios percebidos durante a realidade cotidiana, destacando-se a falta de recursos, espaço para a realização das atividades e os resultados encontrados nas atividades individuais e em grupo.

“Agora eu acho que resolveria mais se fosse a fisioterapia individual, certo? Pra poder trabalhar cada um, porque assim em grupo que geralmente são as oficinas, mas acho que o grupão ele tem menos resultado do que o individual e assim a falta de material, porque se tivesse os instrumentos facilitaria bastante” (Profissional 05; 4 anos de atuação no CAPS ad).

-tabagistas (n=4) e tabagistas apenas (n=1). Quanto ao uso de drogas ilícitas, apresentaram abandono da cocaína, crack e maconha (n=4) e (n=3), respectivamente, e apenas (n=1) ainda é usuário ativo da maconha.

De acordo com Brasil (2017) a equipe mínima preconizada para compor a equipe multidisciplinar de um CAPS ad é: 1 médico psiquiatra; 1 médico clínico geral; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio. No entanto, a amostra referente aos profissionais constituiu-se no momento da pesquisa por: médico psiquiatra (1), farmacêutico (1), psicólogas (2), assistente social (1), educadora física (1), fisioterapeuta (1), nutricionista (1), enfermeira (1) e técnico de enfermagem (1).

A tabela 2 apresenta as características gerais desses profissionais. A amostra de profissionais foi composta, em sua maioria, por mulheres (n=6), com prevalência da faixa etária entre 30 a 39 anos (n=5), na qual obteve-se uma média de 30,9 anos de idade. Quanto ao tempo de atuação no serviço, (n=8) dos profissionais estão atuando em um período de até 12 meses, (n=1) nas faixas de 13 a 24 meses e entre 25 a 60 meses, na qual a média do tempo de atuação foi de 9,2 meses.

Tabela 02. Características gerais dos profissionais do CASPAD.

	<i>n</i>	%
Sexo		
<i>Feminino</i>	6	60,0
<i>Masculino</i>	4	40,0
Faixa etária		
<i>18 a 29 anos</i>	4	40,0
<i>30 a 39 anos</i>	5	50,0
<i>40 a 49 anos</i>	1	10,0
Tempo de atuação profissional no CASPAD		
<i>Até 12 meses</i>	8	80,0
<i>Entre 13 e 24 meses</i>	1	10,0
<i>Entre 25 e 60 meses</i>	1	10,0
Total	10	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Figura 1 representa o dendograma obtido por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), realizada a partir das palavras mais frequentes, que possuem associação com significância estatística, de acordo com o valor qui-quadrado (KHi^2) correspondente, com as respectivas classes. Conforme Camargo e Justo (2013), o método da CHD classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários. Representa as diferentes pala-

“Às vezes o profissional não conclui bem seu serviço justamente porque faltam alguns recursos pra ele tá trabalhando com esses usuários, então se ele tivesse todos esses equipamentos que é necessário para fisioterapia pra fazer essa atuação teria resultados bem melhores e infelizmente você vai usar as estratégias que tem ali, mas procurar sempre realmente a reabilitação daquele usuário” (Profissional 08; 8 meses de atuação no CAPS ad).

Por meio dos discursos foi possível identificar e analisar os desafios da atuação da fisioterapia no âmbito da atenção psicossocial. No entanto, profissionais revelaram ainda uma visão e preferência ao modelo de trabalho voltado para a reabilitação individual, cuja falta de materiais é uma complicação para a realização de atividades.

Porém, segundo Daltro e Garcia (2016), além dos atendimentos individuais, o fisioterapeuta pode contribuir em âmbito coletivo, por meio de grupos específicos relacionados ao cuidado em saúde mental, como os que se referem ao tabagismo ou alcoolismo, onde há prevenção de agravos à saúde promovidos pelo uso/abuso de substâncias psicoativas, no qual pode promover intervenções por meio de técnicas fisioterapêuticas, mas trabalhar a redução de danos também é uma estratégia importante a ser adotada. Nessa perspectiva, o fisioterapeuta é um potencial aliado para exercer um impacto positivo sobre a função do indivíduo, resultando em mudanças nos aspectos físicos, cognitivos e sociais (MORALEIDA; NUNES, 2013).

“Eu acho que o que mais atrapalha o trabalho fluir é o espaço, é muito complicado, sabe?” (Profissional 02; 3 meses de atuação na atenção psicossocial).

Nota-se que o espaço é mencionado como uma barreira para a realização das atividades em grupo, sendo uma barreira para toda a equipe multidisciplinar do serviço. A publicação da Portaria nº 615/GM/MS, em 2013, descreve a quantidade mínima obrigatória da estrutura física do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, quanto ao espaço físico para atividades, sendo obrigatórias duas salas de atividades coletivas, três salas para atendimento individualizado e um espaço de convivência. No entanto, as atividades são realizadas na maioria das vezes no espaço de vivência ao ar livre e poucas vezes em uma sala de atividade coletiva.

“Eu acho que se trabalhassem em cima da minha família me daria um suporte muito melhor, porque eu não sinto às vezes esse apoio, essa união” (Usuário 10; 9 anos de acompanhamento no serviço).

“Eu acho que falta mais profissional aqui na área porque só temos uma e ela não está disponível em todos os horários, às vezes só pela tarde e às vezes pela tarde que ela está falta aquele usuário que não é o dia dele” (Profissional 08; 8 meses de atuação na atenção psicossocial).

“Antes eu sentia dor ai não movimentava muito, hoje eu consigo. Agora eu acho que deveria ter mais vezes, fora isso eu gosto de tudo” (Usuário 09; 6 meses de acompanhamento no serviço).

Diante dos relatos dos usuários fica exposta a fragilidade da equipe enquanto a abordagem voltada para o grupo familiar. O diálogo e a discussão entre os profissionais, de forma interdisciplinar, são fundamentais para a resolutividade nessa perspectiva, para que sejam definidos os cuidados necessários no seu aspecto biopsicossocial. Esse acompanhamento mais detalhado é essencial para a pessoa que sofre e para seus familiares. Mannrich (2014) corroborou com o mesmo pensamento, afirmando que a abordagem do paciente com transtorno mental no tratamento fisioterapêutico é fundamentalmente estabelecida por cooperação e comunicação do próprio paciente e por vezes da família.

Diante dessa problemática, sabe-se da importância da participação da Atenção Primária à Saúde (APS) junto com a atenção psicossocial nesse contexto familiar. Segundo Paula et al. (2014) a assistência ao usuário de drogas deve incluir também o cuidado e envolvimento com a família, uma vez que os usuários não buscam o serviço por problemas que indicam o abuso de drogas.

O centro de atenção psicossocial por ser um serviço dinâmico é necessário que o profissional tenha habilidades e estratégias práticas para entreter e conquistar os usuários, aumentando assim a demanda dos participantes da fisioterapia nos atendimentos coletivos, bem como, enquadrar de forma coerente e precisa os horários dos usuários que mais necessitam de uma atenção fisioterapêutica, tanto no âmbito coletivo como no individual.

Classe 2 – Condições e necessidades de saúde dos usuários do CAPS ad.

A análise dessa classe expõe as condições e necessidades de saúde relatadas pelos usuários da atenção psicossocial, possuindo uma porcentagem de 24% de UCEs. Destacam-se as condições referentes ao uso/abuso de substâncias, alterações ligadas ao corpo, depressão, e a necessidade de acompanhamentos em saúde visando todo o contexto biopsicossocial.

“Aqui a gente tem o acompanhamento da psicóloga, do médico, o CAPS ad me ajuda muito, porque antes eu vivia igual um zumbi, eu não dormia, não tomava banho, não me alimentava, meu problema era só o álcool” (Usuário 03; 6 anos de acompanhamento no serviço).

“Meus maiores problemas eram a maconha, o crack, a cocaína, o álcool e além disso esse meu problema na perna, rompeu os tendões de uma queda” (Usuário 05; 5 meses de acompanhamento no serviço).

Por meio dos discursos foi possível identificar as diversas problemáticas enfrentadas decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas dos usuários. Brusamarello et al. (2010) relataram que o uso de drogas, na maioria das vezes, se inicia no período da adolescência, visto que o indivíduo está passando por mudanças de comportamento e personalidade e que elas são

capazes de modificar o funcionamento neuronal com consequente alteração de desempenho das funções cerebrais e de processos de pensamento, propriocepção, atenção, concentração, memória, sentimentos, emoções, coordenação motora, nível intelectual e outros.

A política de atenção integral ao uso de álcool e de outras drogas, do Ministério da Saúde (MS), aponta para a necessidade de se produzir intervenções diferenciadas para usuários de drogas, dentro da lógica da redução de danos (BRASIL, 2003). Nessa perspectiva, Moraleida e Nunes (2013) relataram que as equipes multiprofissionais de saúde têm sido indispensáveis para impulsionar as capacidades individuais dos usuários, objetivando sua integração social. O tratamento de indivíduos com abuso e dependência química inclui a realização de uma avaliação completa, onde as metas do tratamento dependem da faixa etária e do grau de comprometimento (OLENSKI; CHAVES, 2014).

Diante do exposto, o profissional fisioterapeuta está inserido neste contexto por meio dos trabalhos de educação em saúde, bem como nas atividades de reabilitação física e de adequação das funções do corpo, tendo sempre como perspectiva a restauração psicossocial do indivíduo (DALTRO; GARCIA, 2016). Nesta compreensão, o objetivo básico dos grupos de exercício terapêutico é presenciar, desconstruir, movimentar, desimpedir, vitalizar o corpo, contribuindo para um processo de autoconhecimento e de expressão corporal, apontando à mudança, à informação e à restauração das funções de cada indivíduo (RASCH; GARCIA, 2012).

“Tenho pressão alta, depressão e o meu problema com o álcool, só isso mesmo. Eu tenho acompanhamento só do CAPS ad mesmo, eu tive uma depressão muito forte e o problema com o álcool sabe? Aqui a gente tem ajuda do psicólogo” (Usuário 07; 5 anos de acompanhamento no serviço).

“O meu problema de saúde é que se eu não tomar o remédio eu não durmo e eu tomando esses remédios certinhos eu não preciso de muita coisa não” (Usuário 03; 6 anos de acompanhamento no serviço).

Gonçalves et al. (2017) apresentaram os critérios diagnóstico para a depressão: estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo); anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se; fadiga ou perda de energia; distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diárias; problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio. Desta forma, é notório que as condições que podem levar à depressão são multifatoriais e que os profissionais de saúde necessitam conhecer os potenciais gatilhos para esta condição.

Os transtornos de sono estão relacionados às diversas condições clínicas, como a depressão, em que a insônia é o transtorno do sono mais frequente encontrado em quadros depressivos, sendo definida como dificuldade de iniciar e manter o sono e que inclui irritabilidade,

fadiga, déficit de concentração e de memória. No qual, tem sido preconizada que a persistência da insônia por mais de seis meses indica sua comorbidades a transtornos clínicos e psiquiátricos (CHELLAPPA; ARAÚJO, 2007).

Classe 3 – Potencialidades da fisioterapia no CAPS ad.

Essa classe elenca as potencialidades do trabalho da fisioterapia na atenção psicossocial, a qual é representada por 12% do UCEs.

“Aqui a gente usa os bastões pra fazer exercício, garrafa, bambolê e hoje eu consigo ver melhora no meu corpo, tenho mais equilíbrio, consigo andar até sem minha bengala, consigo levantar mais meu braço” (Usuário 09; 6 meses de acompanhamento no serviço).

“Geralmente as atividades aqui são de coordenação dos passos, trabalha também os músculos dos braços e das pernas, exercício de alongamento e tudo isso aí proporcionou melhora no meu corpo físico e o que eu mais gosto é justamente a oficina de coordenação motora porque ajuda nos meus movimentos” (Usuário 02; 7 anos de acompanhamento no serviço).

Constata-se pela experiência compartilhada que o trabalho realizado pela fisioterapia traz melhoras e benefícios para os usuários da atenção psicossocial, não voltado apenas para o aspecto físico, mas para todo o seu contexto. Rezende et al. (2009) explicaram que a fisioterapia tem como propósito o estudo do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas suas alterações patológicas, quanto nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função.

“E assim tem me ajudado muito porque eu durmo melhor à noite, fico mais relaxado, melhora até no caminhar” (Usuário 04. 6 anos de acompanhamento no serviço).

“Eu gosto porque no outro dia eu acordo mais disposto, mais relaxado também, consigo dormir melhor” (Usuário 03; 6 anos de acompanhamento no serviço).

“E me deixa mais alerta, mais ativo, ajuda a me movimentar melhor. Eu sempre participo das oficinas dela. (Usuário 07; 5 anos de acompanhamento no serviço).

Observa-se no relato dos usuários como o processo de trabalho fisioterapêutico contribui nas perspectivas voltadas para o desempenho, a disposição e a qualidade de sono. Diante do exposto, Daltro e Garcia (2016) esclareceram que os benefícios oriundos da terapia por exercícios e de recursos que aperfeiçoem a interação corpo e mente na saúde mental são bem estabelecidos, o qual incluem fatores fisiológicos e psicológicos, como mudanças no metabolismo e na disponibilidade de neurotransmissores centrais, na regulação do sono, mudanças na cognição, interação do sujeito com as pessoas e o meio, interrupção de pensamentos negativos e tendência à modificação de ações emocionais. Mannrich (2014) corroborou ressaltando que o

objetivo geral da fisioterapia na Saúde Mental é assegurar ao paciente a manutenção do estado de saúde, a reabilitação de sua capacidade funcional, reconstruindo sua integridade física, social e mental, viabilizando o aumento na independência e qualidade de vida do paciente.

Visto que no estudo de Silva, Pedrão e Miasso (2012) a expressividade corporal de pacientes com transtornos mentais se revela prejudicada por vários fatores, como o desinteresse pelos cuidados pessoais, lentidão de movimentos, rigidez corporal, dificuldade para relaxar e realizar atividade de vida diária, além de indisposição, dores no corpo e marcha comprometida. Logo, as terapêuticas corporais proporcionam a autopercepção, possibilitando ao indivíduo aprimorar atitudes, identificar suas necessidades e melhorar a qualidade da própria vida (DAL-TRO; GARCIA, 2016).

Considerações finais

Os resultados deste estudo possibilitaram responder a questão norteadora da pesquisa, que consiste em investigar o impacto da fisioterapia na percepção dos profissionais e usuários inseridos na atenção psicossocial. Desse modo, foram identificadas potencialidades quanto à percepção positiva do processo de trabalho da fisioterapia no âmbito da saúde mental, como o reconhecimento dos múltiplos benefícios envolvendo funções do corpo, desempenho, disposição, qualidade de sono, relaxamento proporcionando que o usuário tenha uma percepção diferente de si mesmo e do mundo. Assim, o fisioterapeuta contribui para a reconstrução de aspectos psíquicos e físicos do usuário, na qual as sensações sentidas são diferenciadas a sensações vivenciadas pelo uso do álcool e/ou de outras drogas. Portanto, constata-se que a fisioterapia ganha relevância na equipe de saúde mental do atual serviço que se dispõe a inserir esse profissional, reconhecendo-a como uma profissão que traz somatória terapêutica. Espera-se que a atuação do fisioterapeuta, nesse campo, se torne cada vez mais crescente e fecunda.

Apesar dos benefícios elencados, a fisioterapia neste campo ainda se depara com alguns desafios, relacionados à falta de recursos para as atividades, à visão voltada para o processo de reabilitação individual dos profissionais entrevistados, apontando para o não reconhecimento dos benefícios de terapias coletivas, além da fragilidade da equipe na abordagem voltada para a família. Os resultados apontam para a necessidade da construção de novas estratégias de condutas com abordagens dinâmicas para os usuários, ampliando as intervenções coletivas para promoção da saúde. Neste sentido, ressalta-se a importância da atuação interprofissional para o planejamento e execução de ações integrais voltadas para as necessidades dos usuários, tendo como ponto de partida a organização de reuniões entre a equipe multiprofissional da atenção psicossocial. Assim como é necessário estratégias para a atualização e ampliação da atuação desses profissionais.

Vale ressaltar a importância da Atenção Primária à Saúde dentro desse contexto, visto

que o fortalecimento dessa conexão permitirá uma assistência de qualidade envolvendo tanto o usuário como os familiares, sendo assim condizente com as diretrizes políticas do SUS no que diz respeito à garantia da cidadania e à integralidade do cuidado.

A pesquisa apresentou como limitações ter analisado a percepção dos profissionais e usuários de apenas um centro de atenção psicossocial. Logo, sugere-se a realização de novos estudos abordando esta temática, para investigar a percepção de outros atores em outros contextos. Espera-se que a presente pesquisa contribua com o trabalho de outros profissionais e equipes de saúde mental, oferecendo-lhes suporte e estimulando para melhorar a atuação da equipe interdisciplinar objetivando fortalecimento das práticas do cuidado à saúde.

Referências

BARBOSA, E.G; SILVA, E.A.M. Fisioterapia na Saúde Mental: Uma revisão de literatura. **Revista Saúde Física & Mental**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 12-30, 2014

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabeleceu CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRUSAMARELLO, Tet al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 766-773, out-dez, 2010.

CAMARGO, B.V; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados

textuais. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013.

CHELLAPPA, S.L; ARAÚJO, J.F. O sono e os transtornos do sono na depressão. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 285-289, 2007.

DALTRO, M.C.S.L; GARCIA, V.V.C.G. **Fisioterapia na Saúde Mental**. Patos, PB: FIP, 2016.

GONÇALVES, A.M.C; TEIXEIRA, M.T.C; GAMA, J.R.A; et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, Apr-Jun, 2018, <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>

JESUS-MORALEIDA, F.R; NUNES, A.C.L. CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO DA FISIOTERAPÊUTICA. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 3-5, jun. 2013.

MANNRICH, G. A Saúde Mental e as Questões de Reabilitação Física, Abr. 2014. Disponível em: < <http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?idc=1823>> Acesso em: 23 de jan de 2022.

OLENSKI, M.C.B; CHAVES, E.M.S. A reinserção social do dependente de substâncias psicoativas: um debate contemporâneo. **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social**, Bauru, v. 18, n. 34,p. 01-87, jul-dez, 2014.

PAULA, M.L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, jun. 2014.

PAULI, K; CAMPOS, R. A inserção do fisioterapeuta na equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 14-22, 2016.

PITTA, A.M.F; COUTINHO, D.M; ROCHA, C.C.M. Direitos Humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o Quality Rights-WHO, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 760-771, jul-set, 2015.

RASCH, S.S.; GARCIA, M.L.T. Grupo de movimento para usuários de drogas: a experiência no CAPS ad de Vitória. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XVII, XII, 2012. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2012. [ISBN – 978- 85-87691-22-4]. Disponível em: <www.centroreichiano.com.br/artigos> Acesso em: 28 de jan de 2022.

REZENDE, M et al. A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1403-1410, out. 2009.

SANTOS, E.G; SIQUEIRA, M.M. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SILVA, A.H.; FOSSÁ, M.I.T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Dados em Big Data**, Natal, v. 1, n. 1, p. 23-42, 2017.

SILVA, S.B; PEDRÃO, L.J; MIASSO, A.I. O Impacto da fisioterapia na reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais. **SMAD-Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 34-40, abril, 2012.

CAPÍTULO 8 - VIGILÂNCIA E EPIDEMIOLOGIA DO COMPORTAMENTO SUICIDA

Emelynne Gabrielly de Oliveira Santos

Nayre Beatriz Martiniano de Medeiros

Isabelle Ribeiro Barbosa

Introdução

Considerando a necessidade de se discutir acerca do fenômeno suicídio, caracterizado, principalmente, por sua relevância enquanto problema de saúde pública em todo o mundo, os autores deste capítulo pretendem apontar alguns subsídios necessários para fomentar reflexões e discussões relacionadas ao impacto da mortalidade por esta causa, a partir da caracterização epidemiológica mundial e brasileira, assim como os aspectos relacionados a sua prevenção em todo o mundo.

É importante considerar que este capítulo emergiu do referencial teórico de uma tese de doutorado que investigou os fatores associados à ideação suicida em agricultores de um município de alta vulnerabilidade no Rio Grande do Norte. Logo, a epidemiologia do comportamento suicida evidencia, aqui, os reflexos deste fenômeno, sobretudo, em agricultores.

Aspectos epidemiológicos do comportamento suicida no Brasil e no mundo

A compreensão dos aspectos epidemiológicos e demográficos, sobretudo em países marcados por intensas transições dessa natureza ao longo dos anos, é fundamental para análise da situação de saúde da população, para consecução de políticas públicas de saúde voltadas para a promoção da saúde e para a prevenção de agravos (MIRANDA; MENDES, SILVA, 2016).

Com uma população mundial estimada de aproximadamente 7,8 bilhões de pessoas em 2020, a Organização das Nações Unidas (ONU) estima que até o ano de 2050 será observado um crescimento nesta população, que atingirá a marca de 9,7 bilhões de pessoas. As taxas de crescimento, porém, variam entre as regiões. Entre 2019 e 2050, países, como Índia e Estados Unidos, representarão mais da metade do crescimento projetado da população mundial (ONU, 2019).

No Brasil, por exemplo, com uma população estimada de 211 milhões de pessoas no

ano de 2020, embora seja observado um aumento populacional ao longo do tempo, a velocidade desse crescimento foi reduzida. Além disso, ao mesmo tempo em que foi observado um processo de transição demográfica, caracterizado por um aumento na expectativa de vida e menores taxas de fecundidade – números de filhos que uma mulher tem ao longo da vida, favorecendo um aumento da população em idade economicamente ativa, ainda na década de 1970, o Brasil viveu uma intensa transição epidemiológica, caracterizada como uma complexa modificação no perfil de morbimortalidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Essas mudanças vêm (re)direcionando as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do desenho da tripla carga de doenças, assinalada pela diminuição de doenças infecciosas e parasitárias, aumento das doenças crônicas não-transmissíveis e na mortalidade por causas externas (CORTEZ et al., 2019).

Nesse sentido, é necessário observar a partir dos anos 1980 o incremento das causas externas de morte, sobretudo homicídios e acidentes de transporte (TAVARES; LOVATE; ANDRADE, 2018). O processo de urbanização crescente, associado à industrialização e mudanças no estilo de vida da população, estiveram relacionadas a esse crescente aumento, provocando forte impacto social e na saúde da população em geral. Nesse contexto, as mortes podem ser classificadas como intencionais, como o suicídio, e não intencionais, como os acidentes de trabalho e trânsito (GONSAGA et al., 2012).

O suicídio, entendido como todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, e que ela sabia que produziria esse resultado (DURHKEIM, 2000), encontra-se entre as principais causas externas de mortalidade no mundo. Além disso, foi responsável por cerca de 703 000 mortes, segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), para o ano de 2019, com taxa global de mortalidade padronizada por idade de 9 mil óbitos para 100 mil habitantes (WHO, 2021).

É importante ressaltar que não ocorre apenas em países de alta renda, mas é um fenômeno global em todas as regiões do mundo. Na verdade, mais de 77% dos suicídios globais ocorreram em países de baixa e média renda em 2019; e, nesse ano, foi a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2019).

A Organização Mundial da Saúde, por sua vez, apresentou as taxas de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes), em ambos os sexos, com dados de 2019. Foi possível observar que os maiores coeficientes de suicídio são encontrados em países da Europa Oriental; enquanto os países da América Central e América do Sul apresentam menores taxas (WHO, 2019).

Os dados estatísticos também apontam para uma maior taxa de mortalidade por suicídio entre os homens. A taxa global de suicídio padronizada por idade foi maior em homens (12,6 por 100.000) do que em mulheres (5,4 por 100 000) segundo as estimativas do ano de 2019.

Enquanto para as mulheres, as taxas mais altas nos países estavam acima de 10 por 100.000, para o sexo masculino eram acima de 45 por 100.000 habitantes (WHO, 2019).

Todavia, ao levar em consideração as tentativas de suicídio, as taxas são maiores em mulheres na maioria das regiões do mundo. No Brasil, por exemplo, entre os anos 2007 e 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação 470.913 casos de intoxicação exógena, sendo 220.045 (46,7%) caracterizadas como tentativas de suicídio. Dessas tentativas, foram registradas em pessoas do sexo feminino 153.745 (69,9%), e, no masculino, 66.275 (30,1%) (BRASIL, 2019; CALIXTO, 2016;).

As taxas de suicídio de homens são superiores as das mulheres na maioria dos países, com exceção da China e de Bangladesh, marcadamente distintos pelas suas peculiaridades socioculturais (STRUSZCZYK; GALDAS, TIFFIN, 2019). As explicações para esses índices partem do pressuposto de que os métodos utilizados pelos homens para colocar fim a vida são mais agressivos e letais, como armas de fogo, bem como possuir maior intenção de morrer e apresentar dificuldade para externalizar sentimentos. Historicamente, as mulheres frequentemente estão menos expostas a sentimentos de fôlência causados por insucesso financeiro, competitividade e impulsividade, que são fatores de risco para o suicídio (STACK, 2000; SILVA et al., 2018).

Um estudo avaliou as taxas de mortalidade em adolescentes e adultos jovens com idades entre 10 e 24 anos, segundo sexo, causas de morte, para Brasil e Unidades Federadas, entre 1990 e 2019, a partir de dados do estudo *Global Burden of Disease 2019*. Foi visto que, neste período, no geral, as três primeiras causas foram: lesões de trânsito, violência interpessoal (agressões) e causas maternas. Nas mulheres, o suicídio que ocupava o 6º lugar em 1990 passou para o 4º em 2019; e, entre os homens, passou de 4º para 3º lugar em causas de mortes (MALTA et al., 2021; GBD,2019).

No que diz respeito a mortalidade por regiões do Brasil, um estudo realizado por Mata, Daltro e Ponde (2020) mostrou que a mortalidade absoluta por suicídio entre 2006 e 2015 foi de 98.194 óbitos, o que corresponde a 26 óbitos por dia, ou seja, 1,12 óbito por hora. Além disso, em ordem decrescente em números absolutos durante todo o período estudado, a região Sudeste ocupou o primeiro lugar, com um total de 37.707 casos registrados (37,7% do total), seguida da região Sul, com 22.685 (23,1% do total), região Nordeste, com 22.617 (23%), região Centro-Oeste, com 8.596 (8,75%) e região Norte, com 6.591 (6,71%).

Percebeu-se, ainda, um aumento nas taxas de suicídio em todas as regiões durante o período estudado: ao comparar-se os óbitos de 2006 e 2015, evidenciou-se aumento de 84% na região Norte, 29% na região Nordeste, 30% na região Sudeste, 10% na região Sul e 23% na região Centro-Oeste. No Brasil como um todo, o aumento foi de 29% (MATA; DALTRO, PONDE; 2020).

Ao considerar, porém, os coeficientes de mortalidade por suicídio por região, entre os anos 2010 e 2019 as regiões Sul e Centro-Oeste destacaram-se com os maiores coeficientes, sendo, respectivamente, 10,4 e 8,3 óbitos para cada 100 mil habitantes. É importante destacar que uma das razões para essas diferenças seriam as diferentes realidades socioeconômicas, demográficas e assistenciais (BRASIL, 2021).

Analisando a faixa etária dos indivíduos que suicidam, os idosos, sobretudo homens, de forma geral, são os que apresentam maior risco de suicídio na maioria das regiões do mundo. Isso, por sua vez, está associado à falência do papel de provedor da família e das perdas sociais que o envelhecimento provoca. Por outro lado, dados da OMS apontam que o autoextermínio configura a principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos (OMS, 2018).

Um estudo realizado no Brasil analisou os óbitos por suicídio entre os anos 2000 e 2017, e observou que a faixa etária mais acometida foi a de indivíduos com 20-39 anos e na população acima de 60 anos (BRASIL, 2019). Outro, porém, analisou dados de suicídio em adultos-jovens entre 1997 e 2019, cujo coeficiente médio de suicídio foi de 6,36/100 mil habitantes, apresentando tendência crescente, tanto o geral, quanto no sexo feminino e masculino. Quanto às regiões brasileiras, a Sul apresentou o maior coeficiente médio de mortalidade (9,18/100 mil habitantes) nesse grupo, e as regiões Nordeste, Norte e Sudeste mostraram tendência crescente (ARRUDA et al., 2021).

Por outro lado, Santos et al (2017) analisaram os óbitos por suicídio em idosos entre 2000 e 2014 no Brasil. Foram registrados 19.806 óbitos por suicídio de idosos na série histórica, sendo a razão das taxas de mortalidade entre os sexos masculino e feminino de 4:1, havendo tendência de aumento para ambos os sexos, porém com maior intensidade no sexo masculino. Diferentemente dos idosos, em que os motivos que impulsionam o ato suicida estão atrelados ao trabalho e às questões familiares, nos adultos-jovens predominam as motivações afetivas e financeiras (YING; CHANG, 2009).

Com relação a raça/cor e aos métodos de escolha para o ato suicida, a maioria dos estudos apontam para ocorrência do suicídio em indivíduos de cor branca e enforcamento, arma de fogo e autointoxicação por pesticidas, respectivamente; porém, é observado uma variação entre as regiões do mundo. No Brasil, é possível observar um padrão de mortalidade entre os anos 2000 e 2019, em que dos 121.540 óbitos registrados, 50% ocorreram em indivíduos brancos e 66% das pessoas utilizaram o enforcamento como método (BRASIL, SIM, 2019).

Os dados de mortalidade por suicídio em alguns estados do país são expressivos. No Rio Grande do Norte, por exemplo, Santos, Ribeiro e Severo (2020), ao realizarem uma análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio no estado entre os anos 2000 e 2015, identificaram que foram registrados 2.266 óbitos por suicídio, sendo a razão entre os sexos de 5:1 no último ano. A análise espacial mostrou também uma fraca autocorrelação espacial para as Taxas de Mortalidade Padronizadas para ambos os sexos, com formação de aglomerados espaciais

na Região do Seridó, principalmente, para o sexo masculino. Foram perdidos 63582.5 anos potenciais de vida ao longo da série histórica. Recentemente, um estudo de Lins (2019) mostrou que no mesmo período estudado, dos 397 casos de suicídio no estado, Caicó representou o município com maior número absoluto (29,47%).

Ressalta-se, ainda, que em 2010, Botega (2010) mostrou que Caicó, município da região do Seridó do RN, ocupou o 3º lugar entre as 20 cidades brasileiras, com pelo menos 50 mil habitantes, com maiores coeficientes de suicídio do país entre os anos 2005 e 2007. Além disso, o município de São José do Seridó, que compõe a região supracitada, também foi palco de um estudo de Santos e Ribeiro (2017) ao analisar os casos de suicídio no Nordeste do país entre os anos 2010 e 2014, ocupando o primeiro lugar com taxa de 32,63 óbitos/100 mil habitantes.

Azevedo (2020) realizou um recorte histórico acerca das características históricas, geográficas e culturais da região do Seridó, especialmente no município de Caicó, a fim de produzir explicações sobre a importância que essas condições teriam no desencadeamento do fenômeno do suicídio. Foi observado um aumento significativo no coeficiente de mortalidade por suicídio na região do Seridó entre os anos 2006 e 2016, ao analisar os dados do Instituto Técnico-Científico de Perícia (ITEP), cujo coeficiente passou de 16,46 para 50,44 óbitos para cada 100 mil habitantes, superando o coeficiente global do ano de 2019 (9,0 óbitos/100 mil habitantes) (AZEVEDO, 2020; WHO, 2019).

A caracterização desses óbitos mostrou, também, que entre as ocupações com maiores prevalências de suicídio, houve um destaque para os agricultores (27,51%). Ressalta-se, porém, que o fenômeno suicídio no município de Caicó caminha para além dos estudos com agricultores, uma vez que este município apresenta índices crescentes e preocupantes de suicídio que implicam olhar para a historicidade e cultura desse lugar, e que permitem gerar reflexões acerca desse objeto.

Nesse estudo, foi possível observar, ainda, através dos relatos de pessoas residentes na região do Seridó, que sobreviveram a tentativa de suicídio, a influência de aspectos sociais e culturais seridoenses nos modos de vivenciar o fenômeno suicídio, que são fruto da história, de crenças e tradições regionais. O tradicionalismo, a falta de abertura para as mudanças, a ausência de espaços de escuta e de abertura para o sofrimento foram considerados modos da cultura do território seridoense que atravessam o suicídio na região (AZEVEDO, 2020).

Além disso, dentre os aspectos históricos regionais, e ao considerar Caicó como pertencente a região do semiárido nordestino, a seca compõe um dos principais elementos que pode, ao longo dos anos, ter produzido repercussões no adoecimento mental da população, e contribuir para o comportamento suicida nesse espaço. Para Sá (2013), a seca foi, durante a história do Seridó, um ataque violento à autoestima da população, pois tinha como principal efeito a destruição da produção. Os processos de desertificação na região colaboraram para a incidência da pobreza que afetou a população rural em maior proporção que a urbana (SILVA,

2010).

Diante disso, a identificação individual das variáveis regionais não consegue identificar totalmente as crescentes taxas de suicídio, necessitando, dessa forma, de um aprimoramento na investigação das influências geográficas, bem como na contribuição de fatores como escolaridade, estado civil e idade na ocorrência desses casos (MACHADO; SANTOS, 2015).

O rastreamento dos métodos de suicídio mais utilizados é importante para o delineamento de estratégias de prevenção que se mostram eficazes, como a restrição do acesso aos meios de suicídio. É importante ressaltar que o (re)conhecimento dos fatores associados ao suicídio também é de extrema relevância na consecução de estratégias voltadas para prevenção do fenômeno. Dentre os fatores comumente relatados na literatura, destaca-se: presença de transtornos mentais (principalmente depressão e transtornos por uso de álcool), problemas financeiros, rompimento de relacionamentos, vivenciar com conflitos e tentativa de suicídio anterior (WHO; 2018, 2019).

A ocupação está relacionada diretamente à renda, bem-estar e situação financeira dos indivíduos, que refletem na condição de vida e saúde, segurança e no acesso aos serviços de saúde (MOREIRA et al., 2017). Nesse sentido, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde problematiza a identificação precoce dos indivíduos com comportamento suicida e, consequentemente, a promoção de intervenções efetivas. Cabe aqui destacar que o comportamento suicida é compreendido como um processo complexo, que pode variar desde a ideia suicida, que pode ser comunicada por meios verbais, até o planejamento do suicídio, tentativa de suicídio e, por último, suicídio.

Diante disso, os agricultores estão entre as ocupações com maior risco de suicídio em todo o mundo, sobretudo no sexo masculino, claramente elucidados em estudos de revisões sistemáticas (BOXER; BURNETT, SWANSON, 1995; MILNER, 2013). No Brasil, por exemplo, dos óbitos registrados em Rondônia entre os anos 2006 e 2015, os trabalhadores rurais apresentaram as maiores taxas de mortalidade no sexo masculino (BICALHO et al., 2021). Outras profissões como médicos, policiais e farmacêuticos também estão entre aqueles com maiores índices de suicídio (MENEZES, 2016; ROBERTS; JAREMIN; LLOYD, 2013).

Vigilância e prevenção do suicídio

Diversas estratégias e programas vem sendo construídos em busca da prevenção do suicídio no mundo. No Brasil, desde o ano de 1962, através do Centro de Valorização da Vida, é disponibilizado apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail e chat 24 horas todos os dias. De modo semelhante, nos Estados Unidos, a *National Suicide Prevention Lifeline*, fundada em 2004, constituída como uma rede de prevenção de suicídio

com sede nos Estados Unidos, com mais de 160 centros, oferece serviços 24h por dia através de ligação telefônica gratuita para pessoas em crise ou sofrimento mental.

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1.876 onde instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, permitindo desenvolver estratégias de proteção e recuperação da saúde, promoção de qualidade de vida, informação e sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido. A portaria supracitada objetivou ainda a organização da linha de cuidados integrais, além de promover a educação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Além disso, como forma de promover a conscientização acerca da prevenção do suicídio no país, em 2014 foi instituída uma campanha, denominada “Setembro Amarelo”, com objetivo de promover eventos que possibilitem debates sobre suicídio e divulgar o tema alertando a população sobre a importância de sua discussão. No mesmo mês também se faz alusão ao Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, criado em 2003 pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio e pela OMS com a finalidade de que países adotem estratégias de enfrentamento ao assunto.

Com base nos dados do Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil do ano de 2017, o MS lança uma agenda estratégica para atingir a meta da OMS de diminuir 10% dos óbitos por suicídio até o ano de 2020. Entre as diversas ações propostas, destacam-se a capacitação de profissionais, orientação para a população e jornalistas, a expansão da rede de assistência em saúde mental nas áreas de maior risco e o monitoramento anual dos casos no país e a criação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2017).

É importante destacar, ainda, que o mesmo boletim destacou que os serviços de assistência psicossocial desempenham um importante papel na prevenção do suicídio; e que nos locais onde existem CAPS, o risco de suicídio reduz em até 14% (BRASIL, 2017).

Neste mesmo ano, instituiu-se o Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, através da Portaria nº 3.479 de 18 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Mais recentemente, no ano de 2019, o Ministério da Saúde lançou a Agenda Estratégica para Prevenção do Suicídio no Brasil, com objetivo de ajudar pessoas na prevenção do suicídio e valorização da vida, a partir de ações estratégicas como melhoria nas notificações, ampliação e qualificação da assistência; e que destaca a importância da inter e intrasetorialidade de ações voltadas para este fim (BRASIL, 2019a).

Neste mesmo ano, foi lançada a Lei 13.819 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, cuja iniciativa é considerada fundamental para que o país obtenha registros fidedignos acerca do fenômeno, como as tentativas de suicídio, cuja notificação torna-se compulsória por parte de todos os profissionais de saúde e educação (BRASIL,

2019b).

Em 2020, por sua vez, através do Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, instituiu-se o comitê gestor da política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio, que regulamenta a política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada (BRASIL, 2020).

Diante do cenário do suicídio em uma perspectiva global e brasileira, e sabendo-se que é um fenômeno evitável, é relevante reconhecer que existem diversas medidas que podem ser adotadas em nível populacional, subpopulacional e individual a fim de prevenir o suicídio e as tentativas de suicídio, e que consequentemente refletirão no comportamento suicida (WHO, 2019).

Logo, limitar o acesso aos meios de suicídio (por exemplo, pesticidas, armas de fogo, certos medicamentos); interagir com a mídia para relatos responsáveis de suicídio; promover habilidades socioemocionais para a vida em adolescentes, identificar, avaliar, gerenciar e acompanhar precocemente qualquer pessoa afetada por comportamentos suicidas constituem estratégias que podem refletir na redução dessa causa de mortalidade (WHO, 2021).

Para tanto, a WHO (2021) recomenda que seja realizado um acompanhamento a partir de diferentes pilares, como análise da situação, colaboração multissetorial, aumento da conscientização, capacitação, financiamento, vigilância, monitoramento e avaliação. Dessa forma, os esforços de prevenção do suicídio requerem a colaboração de diferentes esferas da sociedade, como saúde, educação, trabalho, agricultura, política e mídia. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, uma vez que nenhuma abordagem isolada pode causar um impacto em uma questão tão complexa como o suicídio.

É importante reconhecer também que são inúmeros os desafios inerentes a essa realidade, como o controle e limitação do uso de agrotóxicos, estigma, tabu, qualidade dos dados e subnotificação dos casos. Portanto, aumentar a conscientização da comunidade e quebrar o tabu é fundamental para os países fazerem progressos na prevenção do suicídio (WHO, 2021).

Além disso, os registros vitais de suicídio e registros hospitalares de tentativas de suicídio, com atenção aos Sistemas de Informação, e pesquisas com representatividade nacional que coletam informações sobre tentativas de suicídio relatadas também são necessários ao se pensar na obtenção de dados de qualidade (WHO, 2021).

Ademais, destaca-se a necessidade do desenvolvimento, fortalecimento e efetivação de ações integradas e intersetoriais de responsabilidade pública, sem eliminar a responsabilidade social, na vigilância e prevenção do suicídio em agricultores, com fortalecimento das linhas de cuidados integrais a essas pessoas, com foco na promoção, prevenção, tratamento e recuperação, em todos os níveis de atenção, garantindo acesso às diversas modalidades terapêuticas.

Assim, a articulação entre ESF (APS), CAPS, CEREST, CISST, Conselho de Saúde, Sindicato de Trabalhadores Rurais deve ser considerada uma das principais estratégias direcionadas para a redução do comportamento suicida nos agricultores do Brasil. A intersetorialidade das ações de prevenção corresponde à articulação de saberes e experiências no enfrentamento de situações complexas, como o fenômeno do suicídio. A atuação simultânea de vários setores permite a compreensão abrangente dos problemas e o esforço coletivo pela sua resolução. Portanto, a prevenção do suicídio perpassa diretamente por este modelo de cuidado (SANTOS; KIND, 2020).

Por fim, o cuidado com o comportamento suicida deve vislumbrar, além de ações pontuais nos momentos de crises, ações intersetoriais sociais, de educação e saúde que tenham como norteadores o amparo do ser humano em seus momentos de sofrimento e um cuidado ético e integral. Pensar na integralidade como princípio primário para o cuidado de pessoas em risco para o suicídio, efetivada por meio da intersetorialidade e do cuidado em saúde pautado na relação sujeito-sujeito, deve ser o caminho para a construção de planejamentos que contribuam para a efetivação de políticas de valorização da vida (SANTOS; KIND, 2020).

Deve-se romper, portanto, os elementos que distanciam a teoria da prática, que ainda reforçam um modelo hospitalocêntrico, biologista e verticalizado na saúde, em prol de uma rede de cuidado em que todos os sujeitos sejam valorizados, com um trabalho articulado e dialógico entre gestão e atenção (SANTOS; KIND, 2020).

Considerações finais

As informações descritas neste capítulo apontam que apesar dos avanços em políticas públicas que atuam na prevenção ao suicídio ainda existe a necessidade de fortalecimento dessas políticas já existentes, bem como para o reconhecimento precoce da população em sofrimento mental, sobretudo àqueles com pensamento de morte.

A consecução de ações de saúde mental nos três níveis de atenção à saúde, facilita o diagnóstico precoce, que por sua vez, possibilitará a identificação dos sentimentos de desesperança presentes na vida da população, dessa forma, esses problemas podem ser melhor enfrentados, reduzindo os pensamentos suicidas.

Além disso, as ações de saúde coletiva associadas à prevenção do suicídio, sobretudo a partir de uma atenção individualizada, assim como a ampliação e melhoria no acesso a serviços de qualidade, que considerem a especificidade de grupos mais vulneráveis, também são necessárias.

Referências

ARRUDA, L.V; FREITAS, B.H.B.M; MARCON, S.R; FERNANDES, F.Y; LIMA, N.V.P; BORTOLINI, J. Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. **Ciênc Saúde Colet.** v. 26, p. 2699-2708, 2021.

AZEVEDO, I.F.M. **A tentativa de suicídio e o Seridó potiguar: um estudo à luz da fenomenologia hermenêutica Heideggeriana.** 2020. 245f Tese (Doutorado em psicologia)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2020.

BICALHO, B.O; MOREIRA, T.L; COSTA, P.C; MOREIRA, K.F.A. Perfil dos óbitos por suicídio no estado de Rondônia. **Brazilian Journal of Development.** v. 7, n. 2, p. 16127-16146, 2021.

BOTEGA, N. Comportamento suicida em números. **Debates: psiquiatria hoje,** Rio de Janeiro, n.1, p10-15, jan/fev, 2010.

BOXER, P.A; BURNETT, Cl; SWANSON, N. Suicide and occupation: a review of the literature. **Journal of Occupational and Environmental Medicine,** v. 37, n. 4, p. 442-452, 1995.

BRASIL. **Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020.** Institui o comitê gestor da política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio. Brasília, DF: 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 15. Brasília: DF, 2019. Disponível em: < [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/viol%C3%Aancia-cultura%20de%20paz/CGDANT%202020%20\(2\).pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/viol%C3%Aancia-cultura%20de%20paz/CGDANT%202020%20(2).pdf) >. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 33. Brasília: DF, 2021. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Brasília: DF, 2019. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def> >. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a

2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: < https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. **Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006.** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília: DF. 2006. Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html >. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. **Portaria n. 3.479, de 18 de dezembro de 2017.** Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília: DF. 2017. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-479-de-18-de-dezembro-de-2017-1285761-1285761> > Acesso em: 10 jan. 2022.

CALIXTO FILHO, M; ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde Ética & Justiça.** v.21, n.2, p. 45-51, 2016.

CORTEZ, A.C.L; SILVA, C.R.L; SILVA, R.C.L; DANTAS, E.H.M. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil.** v. 18, n. 5, 2019.

DURHKEIM, E. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERNANDES S.R.P, ALMEIDA FILHO N. Validação do SRQ-20 em amostra de trabalhadores de informática. **Rev Bras Saúde Ocup.** v. 24, p.105-12, 1997.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Global Health Metrics. **Lancet.** v.396, p. 1204-1222, 2020.

GONSAGA, R.A.T; RIMOLI, C.F; PIRES, E.A; ZOGHEIB, F.S; FUJINO, M.V.T; CUNHA, M.B. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do Colégio Brasileiro dos Cirurgiões.** v. 39, no4, p. 263-267, 2012.

LINS, J.L.S. **Perfil de casos de suicídio na região do Seridó potiguar (2000-2015).** Dissertação (Mestrado profissional em Educação, Trabalho e Medicina), Programa de Pós-Gradua-

ção em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2019.

MACHADO, D.G; SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 64, p. 45-54, 2015.

MALTA, D.C. et al. Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019, uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Ciência Saúde Coletiva**. v.26, n.9, p.4069-4086, 2021.

MATA, K.C; DALTRO, MÔNICA, R; PONDE, M.P. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v.9, n.1, p.74-87, 2020.

MENEZES, L.P.R. **Suicídio e ocupação: análise das publicações do Brasil**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro, 2016.

MILNER, A; SPITTAL, M.J; PIRKIS, J; LAMONTAGNE, A.D. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 203, n. 6, p. 409-416, 2013.

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G; SILVA, A.L.A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOREIRA, R.M.M; FÉLIX, T.A; FLÔR, S.M.C; OLIVEIRA, E.N; ALBUQUERQUE, J.H.M. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**. v. 16, n.01, p.29-34, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Folha informativa sobre suicídio. Geneva: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). ONU News: Perspectiva global reportagens humanas, 2019.

ROBERTS, S.E; JAREMIN, B.; LLOYD, K. High-risk occupations for suicide. **Psychological Medicine**. v.43, n.6, p.1231-40, 2013.

SÁ, V.C. **A institucionalização do desenvolvimento na perspectiva das organizações: um estudo de caso no Seridó RN**. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul: 2013.

SANTOS, E.G.O; OLIVEIRA, Y.O.M.C; AZEVEDO, U.C; NUNES, A.D.S; AMADOR, A.E; BARBOSA, I.R. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**. v.20, n.6, p.845-855, 2017.

SANTOS, E.G.O; BARBOSA, I.R. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v.25, n.3, p.371-378, 2017.

SANTOS, E.G.O; BARBOSA, I.R; SEVERO, A.K.S. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio no Rio Grande do Norte no período de 2000 a 2015. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 25, n.2, p.633-643, 2015.

SANTOS, L.A; KIND, L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface**. v.24, p.1-13, 2020.

SILVA, R.M; SOUSA, G.S; VIEIRA, L.J.S; CALDAS, J.M.P; MINAYO, M.C.S. Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.71, p.755-762, 2018.

SILVA, P.C.G. **Semiárido brasileiro: pesquisa desenvolvimento e inovação**. Petrolina: Embrapa Semiárido. 2010.

STRUSZCZYK, S; GALDAS, P;M; TIFFIN, P.A. Men and suicide prevention: a scoping review. **Journal of Mental Health**. v. 28, n.1, p. 80-88, 2019.

STACK, S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. **Suicide Life Threat Behav**. v.30, n.2, p. 145-62, 2000.

TAVARES, J; LOVATE, T; ANDRADE, I. Transição epidemiológica e causas externas de mortalidade na região sudeste do Brasil. **Revista de Geografia e Ordenamento do Território**

rio (GOT). n. 15, p.453-479, 2018.

VASCONCELOS, A.M.N; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p.539-548, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Organization. Suicide. 2021. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>. Acesso em: 19 jan 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide in worldwide in 2019: global health estimates. WHO, 2019. Disponível em: < <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>>. Acesso em: 19 jan 2022.

YING, Y.H; CHANG, Koyin. A study of suicide and socioeconomic factors. **Suicide and life-threatening behavior**. v. 39, n. 2, p. 214-226, 2009.

CAPÍTULO 9 - ANÁLISE SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS ASSISTIDOS PELO CAPS AD EM UM MUNICÍPIO DO LITORAL PARAIBANO

Eleazar Marinho de Freitas Lucena
Letícia Rocha Batista
Renata Newman Leite dos Santos Lucena

Introdução

O consumo elevado de álcool e/ou outras drogas é um grave problema no mundo, levando ao adoecimento e até mesmo a morte, sendo os países empobrecidos os que mais sofrem com esse problema (MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008). O uso dessas substâncias ilícitas no Brasil denota uma realidade presente no cotidiano dos mais jovens e empobrecidos, levando-os a uma grande vulnerabilidade social (TOLEDO; GÓNGORA; BASTOS, 2016).

O consumo de substâncias psicoativas é extremamente maléfico, predispondo complicações e problemas de saúde ao consumidor, que acarreta, diante disso, prejuízos na qualidade de vida. Nessa condição, os danos causados pelas substâncias psicoativas podem atingir todo contexto familiar de forma direta, gerando ainda mais sofrimento (ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014). Segundo Dantas et al. (2017), o uso abusivo e sem controle de substâncias psicoativas levam a diversos problemas para o usuário, gerando impacto no contexto físico, social e psicológico, com conseqüente impacto na qualidade de vida (QV).

Desta forma, foi então instituído em 19 de fevereiro de 2002 os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pela portaria do Ministério da Saúde nº 336, diferenciando os CAPS entre si em I, II ou III, Infantil e CAPS ad (álcool e outras drogas), distinguindo-se cada um deles por suas especificidades, sendo o CAPS ad, responsável pelo cuidado à população com problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas de forma descontrolada (BRASIL, 2004). Com o objetivo de ofertar um cuidado de forma integral, o CAPS ad pode contribuir para autonomia dos usuários com dependência química em lidar com suas condições de saúde. Com isso, as ações deste serviço não se restringem apenas a atenção relacionada ao uso de álcool e outras drogas, mas preocupam-se em fazer com que estes sejam inseridos novamente na sociedade e no convívio familiar (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2016).

Nessa perspectiva, compreende-se que a análise da qualidade de vida pode subsidiar o planejamento de ações mais eficazes para o cuidado integral no âmbito da atenção psicossocial ao usuário álcool e outras drogas. Diante disso, o objetivo do presente estudo consiste em in-

vestigar a qualidade de vida dos usuários do CAPS ad em um município do litoral da Paraíba.

Desenvolvimento - Percurso metodológico

Este trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) em um município do litoral paraibano, sendo a coleta de dados realizada entre novembro de 2018 a abril de 2019. O público-alvo foi composto pelos usuários do serviço em questão, sendo incluídos na pesquisa aqueles com frequência igual ou superior a quatro atendimentos, com idade entre 18 e 90 anos; e excluídos os que se recusaram a participar do estudo; desta forma, participaram 25 usuários desta presente pesquisa.

Foi utilizado para a coleta de dados um questionário sociodemográfico e condições de saúde, em seguida foi aplicado o instrumento “*Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*” (SF-36), para a avaliação da qualidade de vida dos participantes, no qual consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresentando um escore final de 0 à 100 (obtido por meio de cálculo do *Raw Scale*), onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 corresponde ao melhor estado de saúde. Para a análise de dados foi utilizado a ferramenta *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 20.0); para a análise dos domínios do SF-36 foram utilizados os testes estatísticos de Shapiro-Wilk, para constatar a normalidade dos dados, e os testes t e de Mann-Whitney para comparação de amostras independentes, considerando o nível de significância de 5%.

Quanto aos aspectos éticos, foi garantida a preservação do anonimato aos participantes, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos que aceitaram participar da pesquisa. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPÊ, CAEE: 91376218.4.000.5176 e Parecer Consubstanciado: 2.794.820.

Resultados e discussão

A tabela 1 apresenta as características gerais da amostra, constituída por 25 participantes, sendo a maioria do sexo masculino (92%), com média de idade de 47,6 anos, estando solteiros (32%) ou divorciados (26%). Com relação à escolaridade e situação trabalhista, a maioria (64%) não chegou a concluir o ensino fundamental, com 60% estando desempregados

e 16% afastados pelo INSS. Quanto à forma de acesso ao CAPS ad, 64% relataram a indicação por amigos, colegas de trabalho ou por membros da própria família. O tempo médio de acompanhamento dos usuários no CAPS ad foi de 43,56 meses, sendo importante ressaltar o número alto de usuários assistidos pelo serviço em questão por mais de cinco anos (36%).

A hipertensão arterial foi a comorbidade mais frequente (28%), sendo apenas um indivíduo acometido pela diabetes. A prática de atividade física não é um hábito presente entre eles, sendo o sedentarismo uma realidade na vida da maioria dos indivíduos (60%). Ainda sobre os hábitos de vida, 48% relataram ser etilistas e 12% tabagistas. No que tange ao uso de drogas ilícitas, embora 12% ainda sejam usuários, a maior parte dos participantes são ex usuários de maconha (48%), seguidos por ex usuários de cocaína (24%) e crack (20%).

Tabela 01. Características gerais dos usuários do CAPS ad.

	<i>n</i>	%
Sexo		
<i>Masculino</i>	23	
<i>Feminino</i>	2	8,0
Faixa etária (Média: 47,6 anos; IC 95%: 43,84; 51,36)		
<i>18 a 29 anos</i>	1	4,0
<i>30 a 39 anos</i>	5	
<i>40 a 49 anos</i>	7	
<i>50 a 59 anos</i>	11	
<i>60 anos ou mais</i>	1	4,0
Estado civil		
<i>Solteiro</i>	8	
<i>Casado</i>	3	
<i>Divorciado</i>	9	
<i>Viúvo</i>	2	8,0
<i>União estável</i>	3	
Escolaridade		
<i>Fundamental incompleto</i>	16	
<i>Fundamental completo</i>	4	
<i>Médio incompleto</i>	3	
<i>Médio completo</i>	2	8,0
Situação trabalhista		
<i>Estudante</i>	2	8,0
<i>Empregado</i>	4	

	<i>Desempregado</i>	15	
	<i>Afastado, recebendo benefício pelo INSS</i>	4	
Acesso ao CAPS ad			
	<i>UBS/USF</i>	2	
	<i>Demanda espontânea</i>	7	
	<i>Indicação de amigos, colegas ou familiares</i>	16	
Tempo de acompanhamento no CAPS ad			
(Média: 43,56 meses; IC 95%: 29,01; 58,11)			
	<i>Até 12 meses</i>	6	
	<i>Entre 13 e 24 meses</i>	6	
	<i>Entre 25 e 60 meses</i>	4	
	<i>Mais de 60 meses</i>	9	
Total		25	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na tabela 2 encontra-se a relação dos oito domínios avaliados no SF-36, a média dos escores foi maior para a Capacidade funcional (71,2), sendo seguida pelos seguintes domínios: Limitação dos aspectos emocionais (57,3), Aspectos sociais (55,4) e Saúde mental (53,4), estando esses três últimos com um percentual mediano. Dor foi o que obteve o menor escore médio entre os domínios (43,9), seguido pelo domínio Estado Geral De Saúde (47,5), Limitação dos Aspectos Físicos (48,0) e Vitalidade (48,4).

Os usuários do serviço em questão apresentaram de forma acentuada comprometimentos na qualidade de vida. A média do escore do domínio Capacidade Funcional foi a que se apresentou com maior pontuação entre todas as outras; no que se refere a esse domínio, pesquisa realizada por Oliveira, Mascarenhas e Melo (2015) também encontrou escores semelhantes, os autores consideraram que o uso de substâncias psicoativas não chegou a ser responsável pelos prejuízos na qualidade de vida em comparação a outras doenças crônicas.

Já o domínio Limitação por Aspectos Físicos relaciona-se com as limitações durante a realização de alguma atividade; nesse estudo esse domínio não obteve um escore satisfatório, deduzindo assim que existem impactos no estado físico que afetam a vida desses sujeitos. Muitas vezes os comprometimentos são decorrentes do uso abusivo das substâncias psicoativas, o álcool, por exemplo, mantém relação com mais de 200 doenças e lesões (GARCIA; FREITAS, 2015).

Quanto à dor que eles sentem pelo corpo, a média do escore nesse domínio foi a mais baixa entre todas as outras, isso nos leva a crer que esse seria um dos fatores que limitam os usuários, estando ligada ao domínio anterior, levando a redução da qualidade de vida dos sujeitos. A dor presente e referida por eles se caracteriza por uma dor crônica, e que afeta muitas vezes no desempenho de atividades simples do cotidiano. Para Cunha e Mayrink (2011), mui-

tos fatores estão ligados à dor crônica, como a depressão, incapacidade física e funcional, entre outros.

O domínio Estado Geral de Saúde avalia a percepção do indivíduo sobre seu próprio estado atual de saúde, considerando os danos ocasionados pelas drogas. Ficando nítida a Saúde Auto Referida (SAR) no domínio citado, que se caracteriza pela autoavaliação do estado geral de saúde, de modo que este é avaliado pelos próprios indivíduos (BARROS et al., 2009). Como destacou Nimitz et al. (2016), muitas vezes, as consequências do abuso de drogas levam o usuário a se afastar do seu trabalho e família, tais repercussões podem influenciar negativamente a percepção do indivíduo sobre seu estado geral de saúde. Já o apoio social, assim como o acesso a cuidados assistenciais podem influenciar positivamente neste domínio, como demonstrado no estudo de Franzmann et al. (2017), no qual 59% dos usuários relataram melhora significativa relacionada à própria saúde após entrada no CAPS.

A Vitalidade está relacionada com os níveis de energia e fadiga, nesta pesquisa foi constatado escore médio baixo. Oliveira, Mascarenhas e Melo (2015) sugeriram que o uso de álcool, tabaco e/ou outras drogas interferem na disposição do indivíduo que faz uso destas drogas. Quanto aos Aspectos sociais, o escore apontou que os usuários atendidos no CAPS ad apresentam certa dificuldade no âmbito social. Sanches (2018) ressaltou nesse sentido que os usuários do CAPS ad necessitam de um trabalho focalizado nas relações familiares, profissionais, sociais e educacionais para sua reinserção social. Neste sentido, deve ser efetiva a reinserção dos dependentes químicos como cidadãos e participantes da sociedade, fortalecendo então a autonomia dos sujeitos (PAIVA et al., 2014).

O domínio Limitações dos aspectos emocionais inclui as alterações emocionais que interferem no cotidiano, e de acordo com os usuários, o emocional não chegou a atrapalhar de forma severa a vida. Os resultados encontrados no presente estudo estão em conformidade com os resultados encontrados na pesquisa realizada por Tavares, Scheffer e Almeida (2012), na qual os fatores emocionais chegaram a afetar de forma leve os indivíduos, apresentando um maior escore referente à agressividade.

Tabela 02. Escores nos domínios do SF-36.

Domínios	Média	IC 95%
<i>Capacidade funcional</i>	71,2	59,7; 82,7
<i>Limitação dos aspectos físicos</i>	48,0	23,5; 63,5
<i>Dor</i>	43,9	34,0; 53,9
<i>Estado geral de saúde</i>	47,5	38,5; 56,5
<i>Vitalidade</i>	48,4	43,7; 53,9
<i>Aspectos sociais</i>	55,4	43,5; 67,3
<i>Limitação dos aspectos emocionais</i>	57,3	40,2; 74,4
<i>Saúde mental</i>	53,4	48,0; 58,9

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os resultados da análise inferencial são apresentados na tabela 3, por meio do teste de normalidade e dos testes de comparação de amostras independentes, quanto aos escores de cada domínio, entre os usuários sedentários e não sedentários. Por meio do teste de Shapiro-Wilk constatou-se que apenas a variável Estado geral de saúde apresentou distribuição normal, portanto, para esta variável foi utilizado o teste t para comparação de médias referentes ao escore deste domínio. Enquanto para as demais variáveis foi utilizado o teste de Mann-Whitney, sendo apresentadas as medianas referentes aos escores. Desta forma, constatou-se diferença estatisticamente significativa nos escores entre os grupos apenas no domínio Saúde Mental, com medianas de 48,0 e 58,0, para sedentários e não sedentários, respectivamente (P-valor < 0,05).

Tabela 03. Comparação dos Escores nos domínios do SF-36 quanto ao sedentarismo.

Domínios	Sedentarismo	Medidas de centro***	P-valor Teste Shapiro-Wilk	P-valor Amostras independentes
<i>Capacidade funcional</i>	<i>Sim</i>	70,0	0,008	0,683
	<i>Não</i>	82,5		
<i>Limitação dos aspectos físicos</i>	<i>Sim</i>	50,0	0,004	0,765
	<i>Não</i>	50,0		
<i>Dor</i>	<i>Sim</i>	40,0	0,017	0,461
	<i>Não</i>	56,5		
<i>Estado geral de saúde</i>	<i>Sim</i>	44,0	0,867*	0,339
	<i>Não</i>	52,7		
<i>Vitalidade</i>	<i>Sim</i>	50,0	0,011	0,285
	<i>Não</i>	55,0		
<i>Aspectos sociais</i>	<i>Sim</i>	50,0	0,028	0,567
	<i>Não</i>	75,0		
<i>Limitação dos aspectos emocionais</i>	<i>Sim</i>	100,0	0,000	0,285
	<i>Não</i>	49,9		
<i>Saúde mental</i>	<i>Sim</i>	48,0	0,021	0,031**
	<i>Não</i>	58,0		

*Teste de Shapiro-Wilk: P-valor > 0,05.

**Teste de Mann-Whitney: P-valor < 0,05.

***Medidas de centro: média para a variável que apresenta distribuição normal (Estado geral de saúde) e mediana para as demais.

Fonte: Dados da Pesquisa.

A saúde mental pode ser compreendida como o bem-estar emocional, psicológico e social, e de acordo com Barbanti (2012), sensações de ansiedade, depressão, tristeza e felicidade estão relacionadas a esse domínio. Estudo desenvolvido por Tomasi, Gates e Reynolds (2019) enfatizou que os exercícios físicos somados com uma boa nutrição melhoram a saúde mental de pacientes psiquiátricos. Esta perspectiva coaduna com os resultados encontrados neste estudo,

sobretudo quando realizada a comparação entre os usuários sedentários e os não sedentários.

Na comparação entre os escores dos domínios de usuários sedentários e não sedentários, constata-se melhores escores para os indivíduos praticantes de atividades físicas nos domínios: dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Com isso, é notório que a prática de atividade física é um importante fator para promoção à saúde de quem a pratica (GUALANO; TINUCCI, 2011).

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa de Freire et al. (2014), observou-se que a prática de atividade física gera benefícios psicológicos independentemente da fase da vida que se encontra o praticante. A prática regular de atividade física proporciona benefícios para indivíduos com quadros de depressão e ansiedade, com maior repercussão dos efeitos da modalidade aeróbica sobre a depressão (LOURENÇO et al., 2017). Portanto, é indispensável incluir na rotina de cuidados dos profissionais de saúde mental recomendações que possam motivar práticas saudáveis, com o estímulo à realização de atividade física como parte do cotidiano, promovendo, assim, bem-estar global para os praticantes.

Considerações finais

Diante dos resultados obtidos, constatou-se que os usuários apresentam prejuízos na qualidade de vida, possivelmente pelo uso abusivo do álcool e/ou outras drogas. Dessa forma, esse estudo ressalta os benefícios de atividades saudáveis no cotidiano das pessoas, principalmente dentro dos CAPS ad, mostrando-se como uma importante forma de gerar bem-estar físico e mental. Em virtude da diferença significativa nos escores do domínio saúde mental entre sedentários e não sedentários, com escore maior no grupo de indivíduos fisicamente ativos, destaca-se a necessidade de estimular prática regular de atividade física dentro e fora do serviço de atenção psicossocial, sendo importante aguçar a consciência dos usuários para essas práticas de saúde.

Além disso, é fundamental que o indivíduo consiga recuperar sua autonomia, voltando ao seu meio social e familiar de forma segura e consciente. Entretanto, a realidade imputada no serviço é de usuários com anos de acompanhamento, estando enraizados e dependentes do local. Portanto, é necessária, então, a compreensão de que a passagem do indivíduo pelo serviço seja de forma efêmera, se desvinculando do serviço em um curto prazo, se possível, e quando o mesmo sentir-se capaz, mas devendo o local compactuar também com outros serviços de apoio, como por exemplo, a Unidade Básica de Saúde (UBS), como um importante vínculo na construção de uma vida melhor.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se o quantitativo limitado de participantes e a

realização da pesquisa em apenas um CAPS ad. Assim, sugere-se a realização de novos estudos para investigar usuários de outros serviços da atenção psicossocial, em regiões distintas, com a possibilidade de ampliar a análise da relação entre os domínios da qualidade de vida e a rede de apoio social.

Referências

ALVAREZ, S.Q; GOMES, G.C; XAVIER, D.M. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. **Revista de Enfermagem: UFPE Online**, Recife, v. 8, n. 3, p. 641-8, mar. 2014.

ANTONIASSI JÚNIOR, G; GAYA, C.M. Implicações do uso de álcool, tabaco e outras drogas na vida do universitário. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, p.67-74, jan./mar. 2015.

BARBANTI, E.J. Efeito da atividade física na qualidade de vida em pacientes com depressão e dependência química. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 37-45, set. 2012.

BARROS, M.B.A; ZANCHETTA, L.M; MOURA, E.C; MALTA, D.C. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, [s.l.], v. 43, n. 2, p.27-37, nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf

CUNHA, L.L; MAYRINK, W.C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.120-124, jun. 2011.

DANTAS, F.S; VERAS, M.O; CAVALCANTE, J.C; BITTENCOURT, C.C.B.L.D; ASSIS, T.A.L. Impacto do uso de drogas na qualidade de vida de usuários: diferença entre os sexos. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, [s.l.], v. 9, n. 2, p.178-192, 30 jun. 2017. Universidade Tecnológica Federal do Parana (UTFPR).

FRANZMANN, U.T; KANTORSKI, L.P; JARDIM, V.M.R; TREICHEL, C.A.S; OLIVEI-

RA, M.M.; PAVANI, F.M. Fatores associados à percepção de melhora por usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, [s.l.], v. 33, n. 7, p.1-12, ago. 2017.

FREIRE, R.S; LÉLIS, F.L.O; FONSECA FILHO, J.A; NEPOMUCENO, M.O; SILVEIRA, F. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 345-349, out. 2014.

GARCIA, L.P; FREITAS, L.R.S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], Brasília, v. 24, n. 2, p.227-237, jun. 2015.

GUALANO, B; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte [online]**, São Paulo, v. 25, n. spe, pp. 37-43, dez. 2011.

LACERDA, C.B; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, [s.l.], v. 21, n. 61, p.363-372, out. 2016.

LOURENÇO, B.S; PERES, M.A.M; PORTO, I.S; OLIVEIRA, R.M.M; DUTRA, V.F.D. Physical activity as a therapeutic strategy in mental health: an integrative review with implication for nursing care. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem[online]**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, e20160390, jun. 2017.

MARTINS, M; SANTOS, M.A; PILLON, S.C. Low-income families' perceptions on the use of drugs by one of their members. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, [s.l.], v. 16, n. 2, p.293-298, abr. 2008.

NIMTZ, M.A; TAVARES, A.M.F; MAFTUM, M.A; FERREIRA, A.C.Z; CAPISTRANO, F.C. Impactos legais e no trabalho na vida do dependente químico. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 68-74, jun. 2016.

OLIVEIRA, L.C; MASCARENHAS, C.M; MELO, N.S.A. Qualidade de vida e independência funcional de usuários de drogas atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 6, n. 4, p.1-9, fev. 2015.

PAIVA, F.S; FERREIRA, M.L; MARTINS, M.Z.F; BARROS, S.L.C.F; ROZANI, T.M. A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. **Psicologia & Sociedade**, Recife, [s.l.], v. 26, n. 3, p.696-706, dez. 2014.

SANCHES, L.R. **Reabilitação psicossocial e Reinserção social de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas na perspectiva de profissionais do caps ad**, 2018. 70 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João Del-rei, 2018.

TOLEDO, L; GÓNGORA, A; BASTOS, F.I.P. P. M. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-42, jan. 2017.

TOMASI, D; GATES, S; REYNS, E. Positive Patient Response to a Structured Exercise Program Delivered in Inpatient Psychiatry. **Global Advances In Health And Medicine**, [s.l.], v. 21, n. 8, p. 1-10, mai. 2019.

TAVARES, G.P; SCHEFFER, M; ALMEIDA, R.M.M. Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, [s.l.], v. 25, n. 1, p.89-95, 2012.

SEÇÃO 3- CIDADANIA, EQUIDADE E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO 10- DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: PANORAMA MUNDIAL E O DESTAQUE PARA O PAPEL DO GÊNERO

Héllyda de Souza Bezerra

Talita Araújo de Souza

Isabelle Ribeiro Barbosa

Introdução

Com base nas iniquidades observadas nos serviços de saúde mental no contexto atual, o presente capítulo visou à compreensão, análise e reflexão crítica dos determinantes sociais da saúde e do acesso aos serviços de saúde mental a partir do gênero, sendo discutido e comparado a partir da literatura científica recente, em ênfase nas políticas de saúde mental do panorama mundial. O capítulo foi construído a partir de uma revisão de literatura utilizando estudos encontrados em bases de dados nacionais e internacionais. A partir dessa construção, entenderemos como diversos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais influenciam no acesso de homens e mulheres aos serviços de saúde mental e como isso poderá levar a maiores complicações e adoecimento desses sujeitos. A partir desta análise, pretendemos contribuir para a reflexão das políticas de saúde mental, no intuito destas elaborarem estratégias em busca de equidade no acesso dos gêneros aos serviços de saúde.

Os transtornos mentais constituem-se como um dos principais problemas de adoecimento no contexto global atual. Estima-se que em média 30% da população mundial adulta atendam aos critérios diagnósticos para algum transtorno mental, atingindo milhões de pessoas, principalmente nos países de baixa e média renda, sendo responsáveis por um terço do adoecimento em todo o mundo (WHO, 2017; STEEL et al., 2014; GOMES et al., 2019).

Uma em cada 5 pessoas poderá desenvolver Transtornos Mentais Comuns (TMC) no

decorrer de sua vida, afetando principalmente o gênero feminino (STEEL et al., 2014; BORGES et al., 2015; WHO, 2017). Isso pode ser explicado em decorrência dos fatores socioculturais ligados ao gênero, sendo este mais exposto a maior sobrecarga de trabalho doméstico, violência doméstica, estressores intradomiciliares, cuidados com os filhos e com o marido, além dos múltiplos papéis da sociedade, como as atividades do lar e do trabalho, diversas vezes se submetendo a remunerações precárias (LEITE et al., 2017). Além dos fatores socioeconômicos, do estilo de vida e da situação de saúde, o adoecimento mental nas mulheres também está ligado às alterações hormonais, que ocorrem principalmente nos períodos de maiores alterações neuroendócrinas (período pré-menstrual, pós-parto e menopausa), gerando sintomas emocionais instáveis (JOEL et al., 2015).

Apenas uma pequena parte dos indivíduos que possuem transtornos mentais têm acesso aos serviços de saúde. Essa lacuna no tratamento é ainda maior em países de baixa e média renda, devido aos sistemas de saúde pública, que não conseguem atender à necessidade dos indivíduos (SHIDHAYE et al., 2015). Além dos determinantes sociais que geram diversas iniquidades de acesso, o gênero também se constitui como um facilitador ou dificultador para utilização dos serviços de saúde, nos quais, o gênero feminino possui menores barreiras e maior prevalência no acesso, incluindo os serviços de saúde mentais (FIORATI et al., 2016).

Considerando-se a alta prevalência de transtornos mentais no Brasil e noutros países em desenvolvimento, a alta prevalência de mulheres com TMC, as disparidades de acesso entre homens e mulheres e o acesso precário aos serviços de saúde mental para depressão, este capítulo tratará sobre o panorama mundial da oferta dos serviços de saúde mental, com destaque para o debate as iniquidades no acesso aos serviços de saúde, sendo uma delas a questão ligada ao gênero, beneficiando principalmente as mulheres e tendo como uma de suas consequências, a invisibilidade do homem em seu processo de saúde-doença.

A partir deste debate, será possível refletir e desenvolver medidas que possam contribuir para um acesso oportuno e de qualidade, principalmente nos indivíduos mais vulneráveis.

Panorama mundial das políticas de saúde mental e as consequências para a oferta e o acesso aos serviços

A alta prevalência de transtornos mentais no Brasil mostra a necessidade de mais investimentos para lidar com o problema no país, especialmente na atenção primária (GONÇALVES et al., 2014; ONOCKO-CAMPOS et al., 2018), proporcionando um acesso mais abrangente e qualificado aos usuários em diferentes estágios de vida e com apoio especializado para grupos prioritários, como mulheres, por exemplo, bem como programas de prevenção ao suicídio entre jovens e adolescentes. A qualificação dos serviços de saúde mental no Brasil diminui os números de adoecimento por transtornos mentais, além de ajudar a reduzir os gastos

evitáveis no setor saúde (EATON et al., 2011; PRINCE et al., 2007).

O Brasil investiu cerca de 2,5% do seu orçamento com as políticas de saúde mental nos últimos anos. É necessário, aumentar o orçamento da saúde mental para este país poder disponibilizar de melhores recursos para atender os indivíduos com transtornos mentais. Além disso, o crescimento do gasto com a saúde mental mostra-se menor do que o crescimento do gasto total do Ministério da Saúde (GONÇALVES et al., 2012).

Apenas uma pequena parte das pessoas acometidas por transtornos mentais em todo o mundo tem acesso ao tratamento (EVANS-LACKO et al., 2018). Estima-se que para possuir uma boa cobertura e acesso adequado aos serviços, os países devem investir de 5 a 10% do seu investimento em gastos com a área da saúde mental (CHISHOLM et al., 2006). Atualmente, esta área representa uma proporção excessivamente baixa da assistência ao desenvolvimento global para a saúde (menos de 0,5% de investimento financeiro) (CHARLSON et al., 2017). Essa problemática é pior em pessoas com menores condições econômicas nos países de baixa renda (STEELE et al., 2007; ORMEL et al., 2008). Isso está relacionado com as políticas de saúde dos países, pois uma das barreiras para a construção de sistemas eficazes de saúde mental é a escassez de dados confiáveis que refletem as principais necessidades da população, incluindo daquelas pessoas que mais se beneficiaram com cuidados especializados em saúde mental (SALUM et al., 2020).

Em muitos países os indivíduos com transtornos mentais são tratados em clínicas especializadas e/ou em hospitais psiquiátricos. Os serviços na atenção primária à saúde são ineficazes ou não existem. No entanto, grande parte da população também não tem acesso aos serviços especializados em saúde mental, o que leva a mais da metade dos indivíduos com transtornos mentais a não conseguirem realizar tratamento algum (EATON et al., 2011; WHITEFORD et al., 2015).

Alguns países conseguiram avançar significativamente na legislação da reforma em saúde mental e na mudança para a desinstitucionalização. Os desafios para a integração da atenção à saúde mental na atenção primária à saúde dentro dos países de média e baixa renda incluem uma infraestrutura limitada, escassez de recursos humanos, consciência limitada da comunidade sobre a saúde mental, pobreza, privação social, altas taxas de comorbidade com problemas de saúde físicos, estigmas e discriminação contra pessoas que vivem com doenças mentais. No entanto, apesar de todas essas dificuldades, muitos países estão conseguindo melhorar suas políticas de saúde mental (EATON et al., 2011; HANLON et al., 2014).

Em 2013, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou o Plano de Ação Integral da Saúde Mental para 2013-2020, que comprometeu os Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU) a fornecerem cuidados de saúde mental integrados à atenção primária tanto para os TMC quanto para os transtornos mentais graves. Um ponto de destaque no plano é que todos os países deveriam alcançar até 2020 o objetivo de fornecer serviços abrangentes, integrados e

responsivos de saúde mental e assistência social em ambientes comunitários (WHO, 2013). Assim, os membros da ONU comprometeram-se a transformar seus sistemas de atenção primária em saúde em serviços comunitários para incluir o diagnóstico e o tratamento de doenças mentais graves e TMC, assim como a promoção e prevenção da saúde mental (SAXENA; FUNK; CHISHOLM, 2013; WAINBERG et al., 2017).

Devido ao panorama epidemiológico e ao elevado investimento financeiro, em 2015 a OMS incluiu a saúde mental como um dos objetivos para o desenvolvimento sustentável, fazendo com que a saúde mental seja uma prioridade de saúde, humanitária e de desenvolvimento. Com isso, os países devem aumentar seus investimentos financeiros na área, proporcionando uma cobertura ideal de saúde mental (WHO, 2016). McDaid et al. (2005) referem que maiores investimentos em saúde mental é fundamental para o tratamento, pois países que possuem menores recursos voltados para saúde mental, detém muitos indivíduos que não dispõem de acesso ao tratamento.

O Chile é um dos países que possui uma política de saúde mental organizada, na qual possui programas específicos para transtornos mentais na atenção primária, como o programa nacional de tratamento para depressão, onde psicólogos, clínicos gerais e outros especialistas trabalham em conjunto para fornecer uma terapia psicofarmacológica e intervenções psicossociais. Além deste programa, outros serviços de saúde mental são desenvolvidos para prevenção e promoção da saúde dos indivíduos com transtornos mentais no contexto da atenção primária (ARAYA; ALVARADO; MINOLETTI, 2009). Atualmente, o Chile investe em uma rede de saúde mental caracterizada por seus múltiplos dispositivos para atender os indivíduos em suas mais diversas necessidades relacionadas ao sofrimento mental (CARRASCO, 2016).

Os sistemas de saúde da América Latina, como os do México, Brasil e Chile, em geral, estão pautados na equidade e responsabilidade, tentando estabelecer o direito à saúde em suas constituições, incluindo a tentativa de promover um acesso adequado e de qualidade. No entanto, muitas vezes isso é impedido pelo orçamento destes países e/ou a falta de organização das políticas públicas (DÍAZ-CASTRO et al., 2017). A proporção do orçamento de saúde gasto em saúde mental nos países avaliados na América latina, é em média inferior a 2,0%, e 67% desta dotação orçamentária vai para hospitais psiquiátricos. Por exemplo, em seis países da América Central e na República Dominicana, apenas 1,6% do orçamento da saúde é destinado à saúde mental. Dessa pequena proporção, nada menos que 75% são destinados a hospitais psiquiátricos. Isso demonstra a necessidade não só de aumentar os recursos financeiros para os serviços de saúde mental, mas também de reorganizar as políticas públicas de saúde mental, modificando o foco para os serviços de atenção primária à saúde, pois boa parte da população com transtornos mentais não consegue acesso aos serviços de saúde (WHO, 2011; OPAS, 2012).

Boa parte dos países americanos investem muito pouco em saúde mental, em média 44,4% desses países, entre eles o Brasil, gastam entre 2,0% e 5,0% do seu orçamento em saúde

mental (GONÇALVES et al., 2012). Quase metade dos norte-americanos possui uma doença mental. Apesar de tentar estabelecer os serviços de saúde mental na atenção primária, a saúde mental dos Estados Unidos permanece fragmentada, principalmente em serviços especializados (TRIVEDI et al., 2015). Os Estados Unidos decidiram tomar medidas voltadas para reorganização do sistema de saúde mental, no qual houve diminuição do orçamento do governo destinado a hospitais psiquiátricos e um aumento da participação privada. Estas estratégias junto com a falta de atendimento na atenção primária, criou outro problema: o aumento dos números dos atendimentos nas emergências hospitalares e o abandono do tratamento dos transtornos mentais (FRUEH et al., 2012).

Dados sobre o acesso aos serviços de saúde mental nos Estado Unidos, mostram que 70% dos indivíduos com diagnóstico de alguns transtornos mentais não recebem tratamento adequado (WITTAYANUKORN et al., 2014). Assim como os sistemas de saúde norte-americanos, os sistemas australianos também possuem a participação de iniciativas privadas. Apesar disso, esses sistemas têm enfrentado outros problemas, como a falta de pessoal especializado e a difícil articulação entre atenção primária e especializada (CALLALY; ARYA; MINAS, 2005; FRUEH et al., 2012).

O Canadá apresenta uma alta taxa de adoecimento mental, com o aumento de seus números nos últimos anos. No entanto, sua política de saúde mental ainda está em progresso, pois em certas regiões do país, seus habitantes demoram até 18 meses para conseguirem uma consulta com um especialista em saúde mental, o que dificulta o acompanhamento e tratamento dos transtornos mentais. Em 2017 houve uma proposta de investimento de 5 bilhões de dólares para serem investidos em saúde mental no decorrer de 10 anos. A partir disso, espera-se que a população do Canadá possa ter um melhor acesso aos serviços de saúde mental, principalmente para a população jovem, que possuem uma alta prevalência de transtornos mentais no país (em média 500.000 jovens), e no momento, não estão recebendo nenhum tipo de tratamento (GOVERNMENT OF CANADA, 2017).

Na Europa, Portugal é o país de maior destaque com maior número de transtornos mentais, no entanto, devido às lacunas do acesso aos serviços de saúde tanto em termos de diagnóstico e tratamento, apenas 35% dos pacientes com qualquer tipo de transtorno de humor tiveram consulta no mesmo ano do início do transtorno, correspondendo a um atraso mediano de cinco anos. Apenas 37,8% da população com depressão, recebem qualquer tipo de tratamento no ano de início do transtorno, o que corresponde a um atraso médio de quatro anos. Dados portugueses do ano de 2015 mostram que menos de 0,8% do gasto total com saúde é destinado à saúde mental, tornando Portugal um dos países com menor financiamento para esse tipo de cuidado. Considerando que menos de 10% do produto interno bruto (PIB) português é destinado à saúde, é evidente o subfinanciamento crônico dos cuidados de saúde mental deste país (ESTRELA et al., 2020).

A China é um país que avançou muito nas políticas de saúde mental, criou programas para melhorar o acesso, reduzir o estigma da doença mental e incorporou cuidados ao indivíduo com doença mental e comorbidades. No entanto, mesmo com esses avanços e sendo um país desenvolvido, ainda possui baixa cobertura de serviços de saúde mental para atender TMC e transtornos mentais graves. Essa cobertura é ainda menor nas áreas rurais (PATEL et al., 2016). Apesar de a China vir tentando modificar sua estrutura de atendimento aos pacientes com transtornos mentais, esta, ainda necessita de um maior investimento financeiro nesta área, para que assim exista um aumento de serviços comunitários, qualificação dos profissionais e implementação de práticas interprofissionais e melhora de cobertura em regiões rurais (LIANG et al., 2018).

Assim como a China, a Índia é um dos países mais populosos do mundo e possui elevado número de indivíduos com transtornos mentais. Existem poucos programas de prevenção, pois na Índia o tratamento é direcionado em serviços especializados. Além disso, o acesso aos serviços de saúde mental no país ainda é um grande desafio, pois cerca de 40% da população necessita se deslocar mais de 10 km para chegar até os serviços de saúde. Apesar de todos os problemas, o país está tentando avançar em melhorias para a saúde, embora não exista um grande investimento em políticas públicas de saúde mental. A Índia também possui um grande crescimento no investimento do setor privado na área da saúde, no entanto, ainda existe resistência em investimentos em saúde mental, pois para o setor privado, esta é uma área pouco lucrativa (PATEL et al., 2016).

Devido ao grande adoecimento por transtornos mentais em alguns países da África e Ásia, foi desenvolvido um projeto chamado “Esmeralda”, realizado em quatro regiões africanas (Etiópia, Nigéria, África do Sul e Uganda) e em duas regiões do Sul da Ásia (Índia e Nepal). Este projeto inclui várias linhas de pesquisa, no entanto, uma destas linhas é o fortalecimento do sistema de saúde mental destes países (CHISHOLM et al., 2019).

Além disso, o projeto Esmeralda buscou investigar sobre o financiamento da saúde mental para gerar novas informações e evidências sobre o que realmente constitui um nível adequado de investimento, pesquisando a extensão e o impacto do acesso ou cobertura inadequada dos serviços de saúde mental sobre o bem-estar dos indivíduos com transtornos, para que a partir disso, sejam vistas opções para um financiamento mais sustentável da saúde no futuro. A partir dos poucos resultados divulgados do projeto, foi mostrado ser necessário um maior investimento financeiro para cumprir as metas de saúde mental acordadas nacionalmente entre os países incluídos (CHISHOLM et al., 2019).

A África do Sul possui um investimento em saúde mental de em média 5% (o valor mínimo esperado), os recursos são distribuídos de forma desigual. A assistência hospitalar em psiquiatria é o principal serviço de saúde para saúde mental, compreendendo 86% dos gastos. Os recursos investidos nos serviços de atenção primária são mínimos neste país, o que reflete

em uma assistência em saúde com pouca prevenção e centrada nos serviços especializados e hospitalocêntrico (DOCRAT et al., 2019).

Diante de todos os dados, observa-se que as políticas de saúde mental no contexto mundial ainda precisam evoluir e se organizarem para prestarem uma assistência de qualidade e um acesso adequado aos indivíduos com transtornos mentais. No entanto, os países de média e baixa renda são os que possuem maior prejuízo em adoecimento, pois detêm baixos níveis de serviço e cobertura financeira, gerando diminuição na oferta de serviços de saúde mental. Além disso, as pessoas com esses transtornos podem desconhecer sua condição, podem não saber sobre oportunidades de tratamento adequadas, podem passar despercebidas ou podem não estar dispostas a procurar ajuda por conta da discriminação e estigmatização percebidas ou reais. Quanto à oferta, os recursos disponibilizados pelos governos para a prestação de serviços comunitários de saúde mental são mínimos, pois os recursos disponibilizados são tipicamente direcionados para serviços institucionais mais especializados (THORNICROFT et al., 2016; WHO, 2014).

Os transtornos mentais representam uma ameaça ao bem-estar do indivíduo, as famílias e à economia dos países, diante disso, os governos têm a responsabilidade de garantir que os custos de cuidados em saúde mental sejam inteiramente atendidos através de mecanismos de proteção financeira adequados, para que com isso, estes indivíduos possuam minimamente um acesso oportuno aos serviços de saúde para seu tratamento (CHISHOLM et al., 2019).

Serviços de saúde mental adequados e que respondam às necessidades dos indivíduos e respeitem o direito dos cidadãos, podem ser alcançados ao longo do tempo por meio de planejamento estratégico, avaliação anual e melhoria direcionada da qualidade nos serviços de saúde mental prestados. Além disso, é necessária uma avaliação dos indicadores de qualidade nos serviços de saúde mental, de modo a identificar e revelar as necessidades dos grupos sociais desfavorecidos, para facilitar a intervenção política para garantir o acesso universal e igualitário aos serviços para a população com transtornos mentais ou fatores de risco para eles (KILBOURNE et al., 2018).

Determinantes sociais do acesso aos serviços de saúde mental e o papel do gênero

O acesso aos serviços de saúde mental possui disparidades no contexto mundial, podendo ser influenciado por diversos fatores, como, por exemplo, pelos DSS. Os DSS interferem diretamente no bem-estar do indivíduo e no seu adoecimento mental, influenciando também nas iniquidades em saúde, pois indivíduos com menores condições sociais e econômicas têm maior probabilidade de ter um menor acesso aos serviços de saúde mental (DEFERIO et al., 2019). Indivíduos com melhores condições econômicas, quando não conseguem acesso aos

serviços de saúde públicos, buscam alternativas, como os serviços de saúde privados, nesse contexto, o maior nível econômico gera uma maior facilidade para utilizar os serviços de saúde (SISSON et al., 2011).

O acesso e a qualidade das condições de vida relativas à renda e emprego têm impacto direto no bem-estar e na saúde mental do indivíduo e de sua família. Em cenários com desigualdades sociais e pessoas vivendo em extrema pobreza, há, conseqüentemente, grupos populacionais que são mais expostos a riscos para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais e conseqüentemente com menor oportunidade de acesso aos serviços (DIMENSTEIN et al., 2017). A pobreza está ligada às barreiras no acesso aos serviços de saúde mental, tanto nos serviços de atenção primária, quanto nos serviços de saúde mental especializados verificando-se sérias limitações, principalmente nas populações menos favorecidas (WHO, 2008).

A região em que o indivíduo habita também é um determinante no acesso. Cidades localizadas em capitais e grandes centros urbanos possuem um número maior de serviços de saúde mental, com maior demanda e oferta de serviços, diferente das regiões rurais, nas quais possuem menores números de serviços de saúde mental e serviços que possuem localizações geográficas mais distantes (MACEDO et al., 2017).

A escolaridade também é um fator que interfere no acesso aos serviços de saúde mental. O menor grau de instrução faz com que os indivíduos não reconheçam a importância de procurarem os serviços de saúde mental a partir dos sinais e sintomas, postergando a procura pelo atendimento e tendo complicações em relação à doença. Logo, indivíduos com maior escolaridade, tendem a ter uma percepção do processo de adoecimento, levando estes a buscarem ajuda nos serviços de saúde mental (LOPES et al., 2016).

Raça e etnia também estão ligadas ao acesso aos serviços de saúde mental. Índigenas possuem maiores dificuldades ao acesso aos serviços de saúde devido às barreiras geográficas, linguísticas e culturais (GOMES; ESPERIDÃO, 2017), já a população negra, possui de forma geral, vulnerabilidades socioeconômicas, o que interfere no acesso aos serviços de saúde (SILVA et al., 2020).

Diversos determinantes sociais da saúde interferem no acesso aos serviços de saúde mental. No entanto, o gênero é um fator que causa grandes disparidades no acesso a estes serviços, pois diversos estudos mostram que as mulheres possuem maior acesso e utilização dos serviços de saúde mental em relação aos homens (LOPES et al., 2016; BOTTON et al., 2017; LEITE et al., 2017).

Historicamente, o cuidado em saúde sempre foi voltado para mulheres e crianças. A mulher era assistida e vista prioritariamente com foco no ciclo reprodutivo e gravidez pelo sistema de saúde, deixando de lado suas necessidades individuais (MACHIN et al., 2011). A mulher vista na perspectiva do sexo “frágil” e o homem visto como “forte”, fazem com que as

práticas de autocuidado sejam maiores para as mulheres, e que os homens sejam negligentes com seus sinais e sintomas, pois eles devem possuir um estereótipo de força e virilidade. Além disso, devido às perspectivas culturais, o homem também evita procurar os serviços de saúde devido ao medo de descobrir que sua saúde é vulnerável. Fatores como este fazem com que a expectativa de vida masculina seja menor que a feminina em alguns países. Ademais, tanto historicamente, quanto culturalmente, os hábitos de prevenção e autocuidado estão associados ao gênero feminino (STREY; PULCHERIO, 2010).

Quanto às políticas públicas de saúde, o Brasil é um país de destaque em políticas públicas voltadas para a saúde da mulher no âmbito do SUS. A implementação do primeiro programa de saúde pública para a mulher no Brasil ocorreu em 1983, com a criação do Programa de assistência em atenção integral à saúde da mulher (PAISM), posteriormente, no ano de 2004, o programa ganhou novas propostas e evoluções, se transformando em Política nacional da atenção integral à saúde da mulher (PNAISM), saindo do foco reprodutivo e tentando levar em considerações demais necessidades da mulher. A política foi evoluindo, surgindo diversos programas para saúde da mulher, voltados para reprodução, câncer do colo do útero, de mamas, puerpério, menopausa, dentre outros. Quanto às políticas públicas voltadas para os homens, apenas em 2009 foi lançada a Política Nacional de Atenção integral à saúde do homem (PNAISH). Logo, verifica-se que as políticas públicas de saúde também são voltadas em sua maioria para o gênero feminino e os cuidados em todas as suas fases de vida (COUTO; GOMES, 2012).

Além das políticas e programas em maior quantidade voltados para a saúde da mulher, pelo fato das mulheres serem mais presentes nos serviços de saúde, os profissionais de saúde também estão mais adeptos e qualificados para atender este gênero, desta forma, os serviços de saúde são mais preparados para o atendimento deste grupo, o que envolve atendimentos de prevenção, promoção e tratamento de saúde da mulher. Logo, são poucos os atendimentos voltados para a saúde do homem. Esse tipo de atendimento voltado por gênero são uma das causas das iniquidades no acesso (FIORATI et al., 2016)

A maior prevalência de adoecimento mental ocorre entre as mulheres, logo, isso leva o gênero feminino a procurar mais os serviços de saúde, possuindo um maior acesso, dessa forma, é necessário compreender os fatores ligados ao adoecimento mental das mulheres, para uma compreensão do acesso (LOPES et al., 2016; BOTTON et al., 2017; LEITE et al., 2017).

O fato de as mulheres possuírem maior adoecimento mental do que homens, pode ser explicado pela influência de pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos, ou pela forma diferencial entre gêneros de lidar com problemas e buscar soluções. Outro argumento que é amplamente divulgado para explicar as diferenças de gênero no acesso, é que as mulheres possuem maior facilidade de identificar sintomas, admitir que estejam deprimidas e de buscar ajuda, o que

muitas vezes não é buscado pelos homens (ANDRADE, 2006).

O adoecimento mental das mulheres também está ligado a fatores hormonais. Esteroides presentes nas mulheres, como o estrógeno, agem na alteração do humor, o que pode estar relacionado com a maior prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade no sexo feminino. A modificação dos hormônios gonadais teria alguma influência na modulação do sistema neuroendócrino feminino, da menarca à menopausa. (ANDRADE et al., 2006).

Além disso, o estudo de Dunn e Steiner (2000) mostrou a hipótese de susceptibilidade biológica para explicar a diferença nas prevalências de transtornos de humor entre os gêneros. Segundo esses autores, haveria, na mulher, um desequilíbrio na interação entre o eixo hipotálamo-hipotálamo-gonadal e outros neuromoduladores, logo o ritmo neuroendócrino relacionado à reprodução na mulher seria vulnerável à mudança e altamente afetado por fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos. Os sintomas dos transtornos mentais aumentam no período pré-menstrual, pós-parto e menopausa, ocorrendo alterações neuroendócrinas que não ocorrem nos homens (JOEL et al., 2015).

Mulheres possuem pior estado de adoecimento e sofrimento mental. Isso também está relacionado ao contexto em que estas estão inseridas, pois existe a situação de mulheres brancas de classe média em países de alta renda tendo alcançado o topo da hierarquia política, financeira e científica. Estas possuem melhores condições sociais e financeiras, tendo seu acesso facilitado e oportuno aos serviços de saúde. Por outro, observa-se que também existe a sobrerrepresentação do sexo feminino entre as populações pobres, segregadas a trabalhos precários, menos remunerados e regulamentados, em contextos nos quais os papéis de gênero são mais rígidos e onde é prevalente a violência por parceiro íntimo, ocasionando o maior adoecimento mental e dificuldades no acesso aos serviços (BRAVEMAN et al et al., 2011; GALVÃO et al., 2021).

As mudanças atuais do mundo do trabalho, o aumento do desemprego masculino versus o emprego das mulheres, trazendo para elas uma somatória de atribuições tradicionais de gênero e novas identidades, com jornadas muitas vezes duplas e extensas de trabalho. Além disso, dividir o trabalho, com as atividades do lar e filhos, gera uma sobrecarga mental, com sintomas de fadiga, estresse, desânimo e posteriormente o adoecimento mental e a maior utilização dos serviços de saúde (LUDEMIR, 2008).

Além do adoecimento mental pelo desgaste ocasionado pela múltipla rotina, mulheres que não trabalham e vivem para cuidar do lar e da família, também possuem mais números de acesso aos serviços de saúde mental. Isso está relacionado ao fato destas mulheres não se sentirem úteis, terem menor autonomia e se acharem invisíveis pela sociedade. Além disso, estas não possuem o reconhecimento da família e da sociedade, por não exercerem um papel econômico, causando sintomas de adoecimento mental. O aspecto financeiro que o trabalho remunerado proporciona, a ocupação, e a escolaridade, também pode possibilitar às mulheres

maior autonomia e poder de decisão, o que coopera com a autoestima, e conseqüentemente melhora a satisfação com a vida (JURADO et al., 2014).

Mulheres com transtornos mentais em sua maioria são solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas, logo estas estão relacionadas a um baixo apoio social, o que as leva a buscarem ajuda nos serviços de saúde. A satisfação com o casamento está relacionada ao apoio social (ROBLES et al., 2014). Este pode diminuir os efeitos dos transtornos mentais. O casamento ou uma relação estável proporciona aos indivíduos compartilharem uma ampla variedade de atividades, como refeições, tarefas domésticas, cuidado com os filhos, lazer, descanso etc. A ausência de apoio social pode gerar angústia psicológica e comprometimento da saúde física.

Relacionamentos considerados instáveis, que não geram segurança, principalmente para mulher, geram adversidades, situações de estresses, trazendo dificuldades para a relação, como atribuir ao parceiro a responsabilidade de resolver as demandas internas próprias, ciúme patológico, processos de idealização, exigências e expectativas exageradas e delírios amorosos. Essas situações podem levar ao adoecimento psíquico (SCHLÖSSER, 2014).

Durante muito tempo as condições de adoecimento mental e procura das mulheres pelos serviços de saúde foram ligadas apenas a fatores biológicos (BARBOSA et al., 2014). No entanto, atualmente, as determinações sociais destacam-se ainda mais no processo de adoecimento do gênero feminino. Além do adoecimento por fatores ligados a condições sociais e econômicas, a prevalência do adoecimento mental também está aumentando devido à violência doméstica. A exposição a eventos de vida traumáticos e estressantes, como, por exemplo, de ambientes familiares instáveis e violência doméstica, de forma única ou sistemática é apontada como um fator preponderante para alterações emocionais negativas na saúde mental. A violência doméstica causa um sofrimento psíquico importante e é uma das causas que levam as mulheres a buscarem ajuda psicológica (TEIXEIRA; PAIVA, 2021; ALVES; RODRIGUES, 2010).

Outro fator social, que também gera o adoecimento mental em mulheres no contexto atual, é a influência das redes sociais. Os conteúdos publicados e assistidos pelos usuários reforçam o narcisismo, padrões de vida elevados, de consumo e o status, contribuindo com o aumento na prevalência de vários transtornos psiquiátricos, incluindo sintomas depressivos, ansiedade e baixa autoestima (LIRA et al., 2017; ABJAUDE et al., 2020). Além desses, as mulheres buscam os padrões corporais e estéticos divulgado nas redes sociais, o que muitas vezes não corresponde à imagem real de quem publica o conteúdo, o que também contribui para o desenvolvimento de distúrbios de autoimagem, insatisfação corporal e conseqüentemente, distúrbios ansiosos e depressivos (LIMA; SILVA, 2021).

Mulheres negras também possuem alta prevalência de transtornos mentais e elevado uso dos serviços de saúde. A maior prevalência de adoecimento por TMC são em mulheres de cor negra ou parda, com baixo nível de escolaridade e baixa renda (ARAÚJO et al., 2005).

Além disso, as mulheres negras também estão mais propensas a discriminação, estupro e violência doméstica (ESQUEDA; HARRISON, 2005), o que causa piores níveis de saúde mental e adoecimento. No entanto, estas mulheres possuem muitas vezes um processo de adoecimento silenciado pelo medo da discriminação, o que leva a procurarem o acesso aos serviços de saúde mental quando os sintomas já evoluíram (MARTINS et al., 2020).

As mulheres se destacam em relação ao acesso aos serviços de saúde mental em relação aos homens. No entanto, a exceção ocorre nos serviços de saúde mental para tratamento de álcool e drogas. Mesmo com o crescimento do número de mulheres usuárias de álcool e drogas, os homens ainda consomem e usam uma maior quantidade dessas substâncias, consequentemente estes adoecem mais por transtornos ligados a álcool e drogas (CAMPOS et al., 2017; PAIVA et al., 2021). O maior acesso aos serviços de saúde para tratamento de álcool e drogas pelos homens, também possui algumas problemáticas, pois muitas vezes esses serviços possuem alta demanda e baixa oferta de vagas, o que leva a um maior tempo para o início do tratamento (WANG et al., 2017).

Considerações finais

Os problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde a partir dos DSS precisam ser resolvidos através de ações intersetoriais e transversais em todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

As desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos pelas políticas de saúde. Apesar da realidade cruel do acesso aos serviços de saúde, de acordo com necessidades socialmente determinadas, é possível garantir o acesso universal e equitativo através de políticas públicas de saúde que entendam o contexto dos DSS.

As iniquidades em saúde nos serviços de saúde mental relacionadas ao gênero estão causando importantes consequências, como complicações nos transtornos mentais devido a dificuldades para diagnóstico precoce e início do tratamento. São necessárias mudanças e reestruturações nas políticas públicas de saúde mental para que os indivíduos acometidos por transtornos mentais possam ter um acesso rápido e oportuno (LUDEMIR, 2008).

Referências

ABJAUDE, S.A.R et al . Como as mídias sociais influenciam na saúde mental?. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, v. 16, n. 1, p. 1-3,2020.

- ALVES, A.A.; RODRIGUES, N.F. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**, v.28, n.2, p.127-131, 2010.
- ANDRADE, L.H.S.G.D.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Archives of Clinical Psychiatry**, v.33, n.2, p.43-54, 2006.
- ARAÚJO, T.M; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, V.5, n.3, p.337-348, 2005.
- ARAYA, R.; ALVARADO, R.; MINOLETTI, A. Chile: an ongoing mental health revolution. **Lancet**, V.374, n.9690, p. 597–8, 2009.
- BARBOSA, L. B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v.32, n. 2, 2014.
- BORGES, T.L; HEGADOREN, K.M; MIASSO, A.I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Rev Panam Salud Publica**, v.38, n.3, p.195–201, 2015.
- BOTTON, A.; CÚNICO, S.D.; STREY, M.N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças-psicologia da saúde**. v.25, n.1, 2017.
- BRAVEMAN, P. A. et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. **American Journal of Public Health**, v. 101, p. S149-S155, 2011.
- CALLALY ,T.; ARYA, D.; MINAS, H. Quality, risk management and governance in mental health: an overview. **Australas Psychiatry**, V.13, n.1, p.16–20, 2005. doi: 10.1080/j.1440-1665.2004.02144.x.
- CAMPOS, I.O et al. Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. **Estudos de Psicologia**, V.22, n.1, 68-77, 2017. <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170008>
- CARRASCO, J. Uma história da saúde mental e psiquiatria comunitária no Chile a partir das transformações neoliberais no período de 1980 a 2010. **Ayvu, Rev Psicol**, V.2, n.2, p.71-93, 2016.
- CHARLSON F et al. Donor financing of global mental health, 1995—2015: an assessment of trends, channels, and alignment with the disease burden. **PLoS One**, v.12, e0169384, 2017.

CHISHOLM, D et al. **Dollars DALYs and Decisions: Economic Aspects of the Mental Health System**. Geneva: World Health Organization, 2006.

COUTO, M.T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2569-2578, 2012.

DEFERIO, J. J et al. Social determinants of health in mental health care and research: a case for greater inclusion. **Journal of the American Medical Informatics Association : JAMA**, v.26, n.8, p. 895–899, 2019.

DÍAZ-CASTRO, L et al. Governance and mental health: contributions for public policy approach. **Revista de saude publica**, v.51, n.4, 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial Kamila Siqueira II Jader Leite IV. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 72–87, 2017.

DOCRAT, S et al. Mental health system costs, resources and constraints in South Africa: a national survey. **Health policy and planning**. V.34, n.9,p.706–719, 2019.

DUNN, E.J.; STEINER, M. - The functional neurochemistry of mood disorders in women. In: Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E (eds.). **Mood disorders in women**. London: Martin Dunitz,. p.71-82, 2000.

EATON, J et al. Scale up of services for mental health in low-income and Middle income countries. **Lancet**, V.378, p.1592-603. 69, 2011.

ESQUEDA, C.W.; HARRISON, L.A. The influence of gender role stereotypes, the woman's race and level of provocation and resistance on domestic culpability attributions. **Sex Roles**, V.53, p.821-834, 2005.

ESTRELA, M et al. The Use of Antidepressants, Anxiolytics, Sedatives and Hypnotics in Europe: Focusing on Mental Health Care in Portugal and Prescribing in Older Patients. **International journal of environmental research and public health**, v.17, n.22, 8612, 2020.

EVANS-LACKO, S et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. **Psychol Med**, v.48, p.1560-1571, 2018.

FIORATI, R.C.; ARCÊNCIO, R.A; SOUZA, L.B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, V.24, e2683, 2016.

FRUEH, B.C et al. Key stakeholder perceptions regarding acute care psychiatry in distressed publicly funded mental health care markets. **Bull Menninger Clin**, V.76, n.1, p.1–20, 2012. doi: 10.1521/bumc.2012.76.1.1

GALVÃO, A.L.M et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saude soc**, v.30, n.2, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200743>

GOMES, A.P et al. Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort. **Rev. Saúde Pública**, v.53, p.96-106, 2019.

GOMES, S.C.; ESPERIDIÃO, M.A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.5, e00132215, 2017. doi: 10.1590/0102-311X00132215

GONÇALVES, D.A et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad Saúde Pública**, v.30, p.623-632, 2014.

GONÇALVES, R.W., VIEIRA, F.S.; DELGADO, P.G.G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde pública**. v.46, n.1, 2012.

GOVERNMENT OF CANADA. **Budget 2017: Building a Strong Middle Class**. Ottawa (ON), 2017. Disponível em: <https://www.budget.gc.ca/2017/docs/plan/toc-tdm-en.html> Acesso em: 20 de Set. 2021.

HANLON, C et al. Challenges and opportunities for implementing integrated mental health care: a district level situation analysis from five low-and middle-income countries. **PLoS One**, v.9, n.2,e88437, 2014.

JOEL, D et al. Sex beyond the genitalia: the human brain mosaic. **PNAS**, v.112, n.50, p.15468-15473, 2015.

JURADO, D et al. World region of origin and common mental disorders among migrant women in Spain. **J Immigr Minor Health**, v.16, n.6, p.1111-1120, 2014.

KILBOURNE A.M et al. Measuring and improving the quality of mental health care: A global perspective. **World Psychiatry**, V.17, p.30–38, 2018.

LEITE, J. F et al. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro: uma revisão sistemática. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v.35, n.2, p.301-316, 2017.

- LIANG, D et al. Integrated mental health services in China: challenges and planning for the future. **Health policy and planning**, v.33,n.1,p. 107–122, 2018.
- LIMA, G.C.J; SILVA, L.M. Relações entre corpo, mídia e saúde mental: significações de corpos midiáticos no Instagram. **REFACS**. 9(Supl. 2), p.786-797, 2021.
- LIRA, A.G. Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. **J Bras Psiquiatr**, v.66, n.3, p.164-167, 2017.
- LOPES, C.S et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. **Int J Equity Health**, v.15, n.154, 2016.
- LUDEMIR, A.B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis**, v.18, n.3,2008. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>
- MACEDO, J.P et al. The regionalization of mental health and new challenges of the psychiatric reform in Brazil. **Saúde Soc**, v.26, n.1, p.16-23, 2017.
- MACHIN, R et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, 4503-4512, 2011.
- MARTINS, T.V.; LIMA, T.J.S.; SANTOS, W.S. O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. **Ciênc. saúde coletiva**, V.25, N.7, 2020.
- MCDALD, D.; KNAPP, M.; CURRAN, C. **Policy Brief Mental Health III** - Funding mental health in European observatory on health systems and policies. Copenhagen: World Health Organization; 2005.
- ONOCKO-CAMPOS, R.T et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v.42,e113, 2018.
- ORMEL, J et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. **British Journal of Psychiatry**, V.192, p.368–375, 2008.
- PAIVA, S.M.A et al. Perfil dos usuários de um serviço especializado em álcool e outras drogas. **REVISA**, V.10, n.2, p. 423-31, 2021.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). WHO-AIMS sub-regional and country reports, PAHO, 2012. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=-com_content&task=view&id=445&Itemid=1106%20&lang=en .Acesso em 20 Set 2021)

PATEL, V et al. The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China. **The Lancet**, V.388, p. 3074–84, 2016.

PRINCE, M et al. No health without mental health. *Lancet*. V. 370, p. 859-877, 2007. BIRNBAUM, H.G et al. Employer burden of mild, moderate, and severe major depressive disorder: mental health services utilization and costs, and work performance. **Depress Anxiety**, V.27, p.78-89, 2010.

ROBLES, T.F et al. Marital quality and health: a meta-analytic review. **Psychol Bull**, V.140, n.1, p.140-187, 2014.

SALUM, G.A et al. Prevalence and trends of mental disorders requiring inpatient care in the city of Porto Alegre: a citywide study including all inpatient admissions due to mental disorders in the public system from 2013-2017. **Trends Psychiatry Psychother**. V.42, n. 1,2020.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, V.31, n.3, p.260–8, 2012.

SAXENA, S.; FUNK, M.; CHISHOLM, D. World health assembly adopts comprehensive mental health action plan 2013–2020. **Lancet**, V.381, n.9882, p.1970–1, 2013.

SCHLOSSER, A. Interface entre saúde mental e relacionamento amoroso: um olhar a partir da psicologia positiva. **Pensando fam**. v. 18, n. 2, p. 17-33,2014.

SHIDHAYE, R.; LUND, C.; CHISHOLM, D. Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. **Int J Ment Health Syst**, V.9, n.40, 2015.

SILVA, N.N et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm**, v.73, n.4, 2020.

SISSON, M.C et al. Satisfação dos usuários na utilização dos serviços públicos e privados de saúde e itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface**, v.15, n.36, p. 123-136, 2011.

STEEL, Z et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **Int J Epidemiol**, v.43, p.476-493, 2014.

STEELE, L et al. Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *Canadian Journal of Psychiatry*. **Revue Canadienne de Psychiatrie**, V.52,p. 201–206, 2007.

STREY, M. N.; PULCHERIO, G. As tramas de gênero na saúde. Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros. Porto Alegre: **EDIPUCRS**, 2010.

TEIXEIRA, J.M.S.; PAIVA, S.P. Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um centro de atenção psicossocial. **Physis**, v.31, n.02, 2021.

THORNICROFT, G et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. **Br J Psychiatry**, V.210, p.119–24, 2016

TRIVEDI, R. B et al. Prevalence, Comorbidity, and Prognosis of Mental Health Among US Veterans. **American journal of public health**, V.105,n.12, p.2564–2569, 2015.

WAINBERG, M. L et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. **Current psychiatry reports**. V.19, n.5,28,2017. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>

WANG, L et al. Inability to access health and social services associated with mental health among people who inject drugs in a Canadian setting. **Drug Alcohol Depend**, v.168, p.22-29, 2016.

WHITEFORD, H. A et al. A carga global de transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias: uma análise do Global Burden of Disease Study 2010. **PloS one**, v.10, n.2, e0116820, 2015.

WITTAYANUKORN, S et al. Prevalência de sintomas depressivos e preditores de tratamento entre adultos americanos de 2005 a 2010. **Gen Hosp Psiquiatria**, V.36, n.3, p.330-336, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **About the Sustainable Development Goals**: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> Acesso em: 23 Set 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> Acesso em: 19 Set 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health action plan 2013-2020** [Internet]. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1 Acesso em: 19 Set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health Atlas 2011**. WHO. 2011. Disponível em http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html acesso em: 20 Set 2021).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The global burden of disease**: 2004 update [Internet]. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Acesso em 19 Set. 2021.

CAPÍTULO 11- CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CONCEITO DE CIDADANIA BIOLÓGICA EM CONTEXTOS DE CRISE SANITÁRIA

Fernanda Diniz de Sá
Leonildo Santos do Nascimento Júnior
Adriana Gomes Magalhães

Introdução

A garantia do direito à vida pelo Estado é uma condição preliminar da cidadania, um pré-requisito óbvio à conquista de outros direitos que asseguram à uma pessoa um status de cidadão. Em cenários de crise total como o que se configura na atualidade, qual seja sanitária, democrática, institucional, econômica, ética, social, entre outras, emergem estratégias e modalidades particularmente novas de reivindicação de cidadania.

Esse capítulo traz alguns apontamentos teóricos sobre modalidades e estratégias de cidadania emergentes de processos históricos de crise sanitária, que podem oferecer ferramentas de reflexão para a atual conjuntura brasileira e mundial. Para tal, sem a intenção de esgotar a discussão sobre a temática, o capítulo divide-se em duas partes: na primeira partimos de uma discussão acerca dos projetos de cidadania, desenvolvendo um breve resgate de aspectos relacionados à biopolítica e ao biopoder com embasamento foucaultiano. Na segunda, buscamos desenvolver uma discussão acerca da biologização da política e das concepções do que seja o cidadão desejável, introduzindo o conceito de cidadania biológica, a partir de estudos desenvolvidos em contextos de crise sanitária em distintas realidades e momentos históricos.

Projetos de cidadania e a formação do cidadão biológico

Para Foucault (1976, p. 191), “é a vida, muito mais que o direito, que se transformou no objeto de embate das lutas políticas, mesmo que estas se formulem através da afirmação de direitos”. A “administração dos corpos e de gestão calculista da vida” marcou a entrada do corpo e da vida como valor em jogo nos cálculos do poder, a partir de mecanismos a partir dos quais o “direito” à vida, ao corpo, à saúde foi a resposta política a todos os procedimentos de poder que emergiam (FOUCAULT, 1976, p. 187).

Historicamente, autoridades sempre portaram um pensamento estruturado em termos

do que pensa ser uma pessoa e o que se almeja dela para que essa seja alçada à categoria de um potencial cidadão, tal como se fosse um projeto de delineamento da cidadania. Essa construção é alavancada por forças que são articuladas para atingir esse intento e, para tanto, a pressuposição biológica de maneira mais ou menos implícita ou explícita, sempre esteve presente a depender do contexto envolvido. Esses enquadramentos atuam modelando o que se entende como sujeito cidadão e estruturando os discursos que dão suporte e legitimidade às distinções, que separam aqueles que são do tipo real, potencial, problemático e os que são taxadas como impossíveis (FOUCAULT, 1976; ROSE, 2013).

Na perspectiva das tentativas mais ou menos racionalizadas, da parte de diferentes autoridades, de intervir sobre as características vitais da existência humana, Foucault (1976) descreve o biopoder e a biopolítica como parte importante do espectro de tecnologias que levou o Estado moderno a assumir a administração dos corpos e a gestão da vida e das populações. Em linhas gerais, ele descreve o biopoder como o adestramento dos corpos como máquinas a serem exploradas, tornando-os mais úteis por meio da sua docilização, de modo a possibilitar submetê-los às tecnologias e operações em proveito do funcionamento social. A “biopolítica”, o outro pólo complementar do biopoder, tem por objeto de intervenção as populações assim como seus fenômenos correlatos, quais sejam o manejo de taxas de natalidade, fluxos de migração, epidemias, longevidade, o que massifica os sujeitos por meio de sua condição biológica primordial.

Nos processos de construção da nação nos estados europeus, assim como de suas colônias, desde o século XIX, ideias e práticas de cidadania envolviam conduzir os modos através dos quais as pessoas deveriam portar-se em relação à sua saúde e reprodução. Já nas formas da biopolítica da primeira metade do século XX, seja na eugênica ou naquelas vinculadas ao bem-estar, o corpo do cidadão individual assim como o coletivo da população, esteve entre os valores fundamentais; sendo abordado por meio de estratégias que incluíam contestações a respeito dos modos pelas quais a vitalidade, a morbidade e a mortalidade deviam ser abordadas (FOUCAULT, 1976; ROSE; RABINOW, 2006; ROSE 2013).

Muitos projetos de cidadania foram organizados em torno da ideia de saúde e a produção de cidadãos teve como parte constituinte a prescrição de formas com as quais as pessoas deveriam lidar e cuidar de seus próprios corpos, envolvendo introdução de hábitos de higiene e domesticidade, logicamente mais fortemente enfocados para determinados segmentos sociais, com destaque para o foco nas mulheres e, sobretudo, mães (ROSE, 2013). Paulatinamente, se constituir cidadão passou a exigir mais proatividade em termos obrigações a serem adotadas mirando a proteção ao próprio corpo, para além de ser simples receptor dos direitos sociais, sendo que para as mulheres adicionam-se as obrigações para com seu cônjuge e a seus filhos.

Sendo assim, historicamente, o estado vem empregando medidas para preservação e gerenciamento da saúde coletiva, mas o cidadão do seu lado deve, em contrapartida, manter uma prudência biológica, para o seu próprio bem, de suas famílias, de sua linhagem e de sua nação

como um todo. Esse “imperativo da saúde” configura-se como uma nova forma de biopoder, na qual o indivíduo é induzido a comportar-se cada vez mais como “empreendedor de si mesmo e da sua vida” (FOUCAULT, 2004; NUNES, 2009). Longe de ser apenas algo inscrito no passado, cada vez mais parece estar se delineando uma nova ética e os sucessivos programas de promoção à saúde, delineados de cima para baixo e focados exclusivamente na responsabilização de sujeitos, a despeito de se concentrarem na autonomização e na equalização de determinantes sociais da saúde, ignorando os eixos norteadores da Carta de Ottawa, demonstram que a pauta do biopoder corre na esteira do presente e se atualiza constantemente.

Rose (2013) sustenta que o desafio da atualidade para os governos legítimos de sociedades liberal e democrática, é encontrar um alinhamento que faça coincidir as estratégias e tecnologias de governo da conduta que produzam subjetividade com a forma pela qual os sujeitos são compreendidos em um momento particular. Cita o exemplo da Saúde Pública no Reino Unido que, segundo ele, tenta transformar o estado de saúde da população por meio da modificação do comportamento de saúde do indivíduo, maximizando o desejo de ser saudável e treinando-o de maneira que ele venha a introjetar em si o desejo de ser saudável. Assim as intervenções na saúde, antes de tudo, pretendem fazer com que as pessoas sejam alguém que queira ser saudável (CARVALHO; LIMA, 2016).

Nessa remodelação ampla nas práticas contemporâneas para o governo das pessoas, o cidadão desejável tem sido aquele biologicamente responsável e ativo, que deve se manter em um constante aprendizado, aprendizado esse que pode se estender a toda a vida, devendo ainda engajar-se num trabalho constante de monitoramento da saúde, autoavaliação e modulação de condutas, estilos e modos de vida, além de se submeter a regimes medicamentosos em resposta às exigências do corpo suscetível, sempre em risco. Num ambiente onde seu corpo está sempre em questionamento, e no qual os testes em nível genético e molecular garantem a identificação precoce de adoecimentos, emergem novos tipos de poderes num contexto denominado por Margaret Lock como “conhecimento” premonitório (ROSE, 2013).

Na atualidade, observa-se uma predominância de uma biologia da prudência. Um panorama no qual os indivíduos, principalmente mulheres, são obrigados a assumir responsabilidades em relação aos seus futuros médicos, bem como aqueles relacionados às suas famílias e crianças. Isso se traduz em um imperativo ético, inculcados a partir de microtecnologias para o gerenciamento da comunicação e informação, que são deliberadamente normativas e direcionadas. Essa é uma ética na qual os “sujeitos somáticos” devem assumir a maximização do estilo de vida, do potencial, da saúde e da qualidade de vida. Cada vez mais, esses atos têm se tornado uma obrigação social, que é cobrada e envolve julgamentos para com aqueles que, não importa por que razão, não adotaram uma relação ativa, informada, positiva e prudente com o futuro (NUNES, 2009; ROSE, 2013).

Essas estratégias muitas vezes apresentam fronteiras contestáveis entre a coerção e o

consentimento, portando potencial de transformar as subjetividades daqueles que são aconselhados, fornecendo-lhes novas linguagens para que descrevam suas situações, novos critérios para calcularem suas possibilidades e perigos, ao mesmo tempo em que parecem colocar em uma armadilha a ética das diferentes partes envolvidas. Isto é, este poder não é um caminho livre, ele implica um conjunto de relações entre as emoções daqueles que aconselham e daqueles que são aconselhados (CARVALHO; TEIXEIRA, 2017; ROSE, 2013).

Os instrumentos e meios de vigilância e monitorização dos aconselhamentos para busca e manutenção da saúde tem a tendência de serem apropriados por empresas, seguradoras e instituições do Estado; a saúde torna-se, assim, apenas uma justificação para a vigilância e a discriminação. Essa conjuntura vem introduzindo na sociedade novas formas “persecutórias” de classificação das pessoas, em função da sua capacidade de se adaptar ou não aos imperativos de ser saudável e de características que são identificáveis a partir dos novos meios de rastreio e de vigilância, distribuindo-as por grupos de risco específicos (NUNES, 2009, p.150).

Essas ideias são frequentemente permeadas por discursos que vinculados à noção de estilo de vida, que se distanciam de uma crítica mais aprofundada acerca dos determinantes sociais e ambientais da saúde, aqueles que se recusam a assumir a condição de sujeitos somáticos responsáveis pela sua própria saúde, ou de “cidadãos sanitários”, que precisam manter certos critérios em constante vigilância por parte de autoridades sanitárias, até mesmo sob pena de perder certos benefícios sociais, tornam-se facilmente alvo de reprovação social e de acusações de irresponsabilidade, inclusive dos seus familiares e amigos (NUNES, 2009, p.151). As pessoas são, assim, abordadas de diferentes modos, segundo o interesse de envolvimento, e fronteiras são criadas entre aqueles que serão tratados de determinado modo, que a depender da categoria incluída será alvo de punição, terapia, emprego, segurança, benefício ou recompensa. Para além do apagamento dos determinantes sociais e ambientais da saúde, essa modalidade de categorização tende a unificar os que estão dentro dela, anulando a singularidade dos sujeitos e, por conseguinte, suas diferenças e necessidades específicas.

Uma pauta que, além disso, cria novos peritos e procura incessantemente a inculcação de novas necessidades, a partir das investidas do capital que se estrutura ao redor dessa realidade. Nos estratos sociais mais privilegiados são frequentemente mirados como consumidores e envolvidos na trama da prudência e proatividade com relação à própria saúde e são alvo de autovigilância e medicalização constante. Já nas classes populares, onde não se consegue avançar tanto em termos de lucratividade, os sujeitos são abordados de modo a receberem certos benefícios mínimos e, ao mesmo tempo, colocar sob controle constante do Estado – especialmente as mulheres. A incessante instrução do público sobre ciência e tecnologia vinculadas à saúde, que Petryna (2013) denominou como alfabetização científica, faz parte da estratégia de inventar cidadãos biológicos, que passam a utilizar de linguagem ilustrada para descrever aspectos de si, para expressar sentimentos e mesmo sua identidade, como uma espécie de indi-

vidualidade fundada dentro da existência corporal.

Sendo assim, essas questões atualizam o debate sobre a cidadania iniciada por Marshall (1967) e sua tipologia clássica dos direitos componentes civis, políticos e sociais. Nuances outras de busca por cidadania e direitos sociais têm sido apresentadas e complexificadas com o que Rose (2013), Petryna (2013), Rabinow (1996) dentre outros autores, vêm denominando como cidadania biológica, algo que se refere a projetos de cidadania vinculados a concepções biológicas ou de saúde dos sujeitos. Sendo assim, fazem referência a reivindicações e ativismo perante autoridades políticas e/ou entidades corporativas são feitas por aqueles que sofrem de algum dano biológico ou risco, em termos de seus direitos “vitais”.

Nessa arena de disputas contemporâneas acerca da saúde, (bio)medicina, cidadania e política parecem revelar, assim como aponta Filipe (2010), duas vertentes de reflexão: de um lado a biopolítica e o biopoder e do outro as lutas dos atores sociais em torno do direito à saúde e das condições fundamentais que a determinam. Ou seja, essas vias correspondem, respectivamente, aos projetos delineados “de cima para baixo” do governo da vida e projetos que emergem “de baixo para cima” representados pelas lutas em torno da própria vida, travadas por atores individuais ou coletivos. A autora aponta ainda que essas transformações interferem de diferentes modos na configuração do panorama contemporâneo da saúde e que algumas dessas transformações mais visíveis desenvolvem-se em um híbrido de ambos os projetos, podendo incorporar ambas as linhas de reflexão, em conjunturas nas quais a vida adquire novo valor potencial, a ser negociado em toda uma série de práticas de regulação e compensação.

Rose (2013) aponta que as modalidades emergentes de cidadania biológica podem incluir pleitos dos mais diversos, que incluem: proteções específicas, para atualização ou cessação de políticas ou de ações; acesso a recursos especiais; e, grosso modo, formas de bem-estar social baseada em critérios médicos, científicos e legais que reconhece uma dada ofensa biológica e a indeniza. Conforme Filipe (2010, p. 07), enquanto categoria analítica, a cidadania biológica “se refere, de maneira abrangente, a todas as formas emergentes de cidadania apoiadas numa concepção biológica ou de saúde, que pode ser positiva ou negativa, ativa ou passiva, objetificante ou subjetificante.”

Essa expressão da cidadania pode tomar formas tanto individualizadora quanto coletivizadora, na maioria das vezes uma conjunção de ambas. Sua faceta individualizadora é percebida na relação das pessoas consigo mesmas em termos de conhecimento e ação sobre sua individualidade somática. A face coletivizadora é descrita por Rabinow (1996) com a terminologia de “biossocialidade”, caracterizando-se por formas de coletivização organizadas em torno de uma situação em saúde em comum vivenciada, reunidas em categorias de vulnerabilidade corporal, sofrimento somático e/ou psíquico e risco genético e suscetibilidade. Segundo Rose (2013) essas coletividades organizadas em torno de classificações biomédicas específicas são cada vez mais significativas na atualidade. Esses autores destacam ainda que as subjetividades

individual e coletiva têm sido impactadas e moldadas por essa experiência e tem criado novas formas de identidade.

Formas de expressão da cidadania biológica

A cidadania biológica pode se expressar como consequência de contextos muito diversos e a singularidade de cada formatação guarda relação com a conjuntura geral da qual emerge e com os diferentes tipos de agravo, adoecimento ou incapacidade, que mobilize ação política. As formas insurgentes são modeladas por situações multifacetadas nas quais se destacam situações de crises em diversos panoramas, modos de governo dessas crises, as tradições de ativismo vigentes e, sobretudo, as pressuposições acerca das pessoas e de seus direitos e obrigações (ROSE, 2013; CARVALHO; LIMA, 2016).

Apresentaremos a seguir alguns casos emblemáticos de cidadania biológica, a partir de estudos desenvolvidos em diferentes realidades que envolveram circunstâncias de crise no Brasil, Ucrânia e África do Sul. Nesses casos, o corpo e a sua biologia, para além de alvos de estratégias biopolíticas, torna-se objeto de luta por direitos diante de vulnerabilidades sociais, adoecimentos ou agravos sofridos, em conjunturas sociais diversas, mas que em grande maioria determinavam iniquidades que impactam negativamente na saúde e tornam propícios eventos com desfechos sombrios. A soma desses fatores acabou por produzir novas formas de socialização e modelaram a autopercepção dos sujeitos enquanto cidadãos na contemporaneidade.

No Brasil, Biehl (2007) identificou uma modalidade peculiar de cidadania biológica, denominada de cidadania farmacêutica, em seus estudos de sobre a política relacionada aos antirretrovirais para pessoas soropositivas, que, nesse caso, foi caracterizada pela busca ao acesso aos recursos terapêuticos. Foi constatado que, na busca pelo acesso a esses medicamentos e, por conseguinte, a busca pela própria sobrevivência, esses cidadãos experienciavam tanto a inclusão como a exclusão diante da busca por recursos de saúde indispensáveis à manutenção de suas vidas. A pesquisa demonstrou que o consumo dos medicamentos promovia influências na autopercepção dos sujeitos, uma identidade forjada em torno do dano biológico vivenciado, assim como também articulava novas perspectivas políticas, já que esses cidadãos antes estigmatizados passaram a ser prioridade em uma política pública específica diante do adoecimento.

Ainda no Brasil, Biehl desenvolveu pesquisas para compreender a cidadania farmacêutica a partir da judicialização do acesso a tratamentos de alto custo, um campo de muitas controvérsias no meio científico e de ativismo na saúde pública. A partir da análise de ações legais no estado do Rio Grande do Sul, o autor constatou que, a despeito do discurso das autoridades enquadrar a judicialização enquanto um promotor de desigualdade e um entrave do sistema público de saúde, conduzido por interesses privados, os resultados da pesquisa apontaram para

uma situação generalizada acessada por pessoas de diversos estratos sociais, mas, principalmente, pessoas pobres e idosas que recorriam a defensoria pública para garantir a sobrevivência diante da negação de um direito fundamental. Isso parece demonstrar novas subjetividades políticas e mecanismos de chamar o Estado às suas responsabilidades constitucionais e de cuidado, ou seja, uma via alternativa acessada por esses “pacientes-cidadãos-consumidores” para efetivar o direito à saúde na ocorrência de falha dos mecanismos administrativos (SCHUCH, 2016).

No mesmo sentido, Petryna (2002), em seu estudo na Ucrânia que retrata as lutas pela busca de proteção social por pessoas que vivem sequelas dos danos decorrentes do acidente de Chernobyl, procurou analisar como o acesso a recursos como a atenção à saúde, aposentadoria, dentre outros como moradia, foram obtidos através de processos identitários forjadas dentro de uma burocracia médica, que enquadrava legalmente, a partir de critérios biomédicos, as condições para inclusão ou exclusão no sistema de proteção social e de compensações. Nesse processo de luta para garantir direitos em uma política pós-socialista com baixas possibilidades de se obter compensação do Estado, as negociações em torno da busca por proteção estatal aconteceram com graus variados de sucesso, a depender da “alfabetização científica” a respeito da própria condição de saúde e da influência burocrática que uma pessoa possuísse, com capacidade de mobilizar capital social e/ou econômico. Esse sistema informal veio a promover desigualdades na distribuição dos direitos, discrepância entre as compensações concedidas e exclusão de parte significativa da população.

Diante disso, as trajetórias de vida, acabam por se confundir com as trajetórias de busca por atenção à saúde e proteção social (aposentadoria, moradia), numa realidade em que os níveis de dano biológico e incapacidade determinavam o montante do benefício social a ser concedido (aposentadoria e atenção à saúde), permeados por toda uma rede de clientelismo e corrupção que se instala por meios burocráticos e pela venda de resultados de exames laboratoriais e de imagem. Nessa conjuntura, do seu lado, o mercado da biomedicina vislumbrou ali campo fértil para investidas em equipamentos de diagnóstico e farmacológico de altos custos, tendo a mão a desoneração de encargos tributários ofertados pelo estado.

Numa realidade de múltiplas injustiças e baixos indicadores sociais, as reivindicações de inclusão implicavam a necessidade de um estado forte e passaram a ser pautadas com base na ameaçada à existência biológica da nação, ou seja, uma ameaça mesmo de extinção que se intensificou na economia política globalizadora, na qual eles sentiram que seus destinos contariam cada vez menos. Sendo assim, a existência biológica da nação dependia da vontade do Estado de se tornar um “administrador de genes” da sua população em vez de facilitador de capital estrangeiro e tecnologia biomédica que apenas alguns poucos poderiam se beneficiar. Por outro lado, o estado carecia de recursos e promovia ativamente um comércio a partir do qual poderia lucrar. As constatações de Petryna (2002), apontam como a busca por direitos emergiu

após a população passar a reivindicar inclusão à proteção social a partir da vida propriamente dita, motivados por alegações de danos biológicos, perante a carência absoluta de garantias mínimas de subsistência na vivência dos efeitos de uma tragédia que acarretava risco potencial de incapacidade física e morte. Em um sistema político-econômico que não fornecia alternativas e possibilidades de obtenção de meios para um modo de vida digno, a via biológica de reivindicação do direito à vida - apresentou-se como caminho mais plausível de galgar dignidade.

Sem mencionar a terminologia adotada por Petryna (2002) e Rose (2013), mas numa reflexão que se aproxima dessas reflexões, Fassin (2007), em sua incursão na vida cotidiana dos que experienciavam viver com AIDS na África do Sul redemocratizada pós-Apartheid, acabou por desvelar toda a conjuntura de uma sociedade e os variados tipos de violência e iniquidades que se somavam ao processo de adoecimento e, até mesmo, o ultrapassavam em capacidade de gerar entraves a uma vida digna. A injustiça social estrutural criava barreiras que dificultavam a sobrevivência diante de uma condição crônica que, quando não adequadamente conduzida, pode levar invariavelmente a um desfecho fatal.

O sofrimento das pessoas na busca por atenção à saúde e outros modos de proteção social revelou um protesto que não se resumia a um destino biológico, mas, sobretudo, contra um fato político. Uma história da qual a crise provocada pela AIDS não era, a priori, o ápice da tragédia, como as propagandas governamentais por busca de ajuda humanitária internacional fazia crer, mas apenas um episódio a mais de um processo social inscrito em uma história coletiva de violência política contra um grupo social vulnerável devido à políticas excludentes e discriminatórias que tornava suas vidas precárias. As narrativas apreendidas por Fassin (2007) revestiram-se assim de um sentido profundamente político, retratando uma violência política, histórica, social, de gênero, traçada na vida cotidiana de exploração da força de trabalho e da desvalorização das existências das pessoas negras.

Mesmo perante uma condição considerada incurável, a narrativa dessas pessoas com AIDS volta-se para o acúmulo de violência social que promoveu esse destino: a violência considerada comum, decorrente da pobreza extrema num Estado que negligencia a seguridade social, somado às novas formas de violência que se revelaram com a AIDS na nova democracia – o abandono das redes sociais de apoio, um maior peso social para mulheres infectadas pelo estigma da suspeita de falha moral. Nesse caso, a busca por direitos a partir de uma condição biológica, que mobilizou a filantropia e arrecadação de fundos internacionalmente, mas carecia de um passo atrás nas questões mais profundas da conjuntura de sofrimento, que vão além das consequências ao corpo adoecido. As marcas das violências e desigualdades se inscrevem num quadro de descaso com relação aos estratos empobrecidos da população negra onde observa-se a maior prevalência da doença, assim como são consequência direta de determinantes sociais da AIDS (FASSIN, 2007).

Esses casos descritos por Petryna (2002) e Fassin (2007), na Ucrânia e África do Sul

respectivamente, apresentam situações em que Estados que se encontram em calamidades decorrentes de processos que impactam negativamente na saúde das pessoas, tendem a estruturar seus sistemas de proteção social baseados na condição biológica e de incapacidade, constituindo-se algo como uma compensação assistencialista. Nos estudos de Biehl (2009), Petryna (2002) e Fassin (2007), o corpo adoecido é objeto de intervenção e, simultaneamente, meio pelo qual buscam a garantia de direitos que antes já deveriam existir, em geral recursos mínimos e fundamentais a uma existência cidadã, e que quando acessados garantem apenas a subsistência em condições de extrema desvantagem social.

Assim, revelam-se formas de subjetividade e de organização social sendo constituídos em torno do corpo vivente, de suas condições biológicas, problemas de saúde e pela defesa dos seus direitos; também coletivos organizados em movimentos, plataformas e associações que questionam e problematizam os modos como a saúde, a vida e a doença são determinados e como o conhecimento e as políticas são delineadas e implementadas. Toda essa ação política faz emergir e provoca tensões nas estruturas de poder que se instalam, não se resumindo às estratégias projetadas exclusivamente de cima para baixo, fazendo emergir formas de reivindicação por direitos muito particulares, a biossociabilidade, na terminologia usada por Rabinow (1996).

Esse ponto se aproxima da ótica de Rose (2003) sobre o tema, apesar de que esse último considera a cidadania biológica na atualidade em termos mais otimistas que os casos apresentados anteriormente, definindo-o como um campo ainda em aberto à mudança. A biologia humana, afirma Rose (2003), não é mais encarada mais como destino, outrossim, como oportunidade que pode inclusive ser melhorada, a partir de uma argumentação articulada com fenômenos contemporâneos a exemplo de células-tronco, transplante de órgãos, modulação da capacidade reprodutiva e toda sorte de tecnologias com as quais nos deparamos na atualidade. Segundo ele, quanto mais conhecimento é construído sobre a base biológica de características humanas particulares, mas existem possibilidades de intervenção, de modo a atingir uma “engenharia reversa”, trabalhando nas bases moleculares e biológicas de determinada característica, ou como sugere, pelo menos, este é o sonho em princípio (CARVALHO; TEIXEIRA, 2017).

Rose afirma que mesmo que a cidadania biológica já venha sendo pauta há algum tempo, novas formas de subjetividade, novas políticas e novas éticas tem se delineado em torno dos desenvolvimentos tecnológicos da biomedicina. Isso faz com que, progressivamente os sujeitos passem a se relacionar consigo mesmos como indivíduos “somáticos”, na linguagem da biomedicina, como seres cuja individualidade está em parte alicerçada dentro da existência corporal, criando ambiente de esperança e também de medo perante a individualidade genética e somática. Novas práticas de atos de escolha biológica estão acontecendo de modo que os sujeitos buscam modelar ativamente seu curso de vida, comprometidos com uma prudência e engajados na busca da saúde, pelo medo do adoecimento e no gerenciamento dos riscos, in-

cluindo a susceptibilidade genética (ROSE; NOVAS, 2003).

Uma realidade que, nos parece, descreve mais apropriadamente os países de capitalismo central, onde as garantias universais relacionadas à saúde foram, até certo ponto, alcançadas ou podem ser adquiridas como bens de consumo por uma parcela substancial da população, ou, de outro modo, descrevem estratos sociais privilegiados dos países de capitalismo periférico. Apenas quando essas garantias fundamentais não são uma questão problemática, aspectos da vida que antes só podiam ser vislumbrados como incertezas do destino passaram a fazer parte dos projetos de vida, através de atos deliberativos e decisórios.

Em países em que um Estado de Bem-Estar não chegou a ser uma realidade ou, de outro modo, foi desestruturado, a cidadania biológica foca-se na busca por garantias mínimas de existência, diante da vivência de um adoecimento, incapacidade ou vulnerabilidade estrutural. Quase como se descrevesse nessa situação formas de cidadania biológica diferentes, ou talvez, níveis de desenvolvimento de uma mesma categoria, onde a depender do ponto onde se está situado e do grau de carências com que se depara, o cidadão biológico, ou dado grupo biossocial, focasse naquilo que dentro desse pleito se torna mais caro para sua conjuntura particular. É o que Amartya Sen (1990) se refere como um ajuste do desejo às possibilidades, na qual reflete que “os sujeitos oprimidos acabam por perder a coragem de desejar coisas que outros, mais favoravelmente tratados pela sociedade, desejam confiantemente” (SEN, 1990, p.10-11). Isso porque pessoas em condições de vulnerabilidade social enfrentam desigualdades tão extremas ao ponto de precisar ajustar até mesmo seus desejos às suas possibilidades reais de êxito (KERSTENETZKY, 2000)

Essas conjunturas, mesmo tão diversas, apontam novos tipos de disputas políticas que se organizam em torno das oportunidades insurgentes, sejam elas articuladas via biossociabilidades ou aquelas advindas de cima para baixo. Essas disputas estão abertas ao interesse do que Rose (2013) denomina economia da vida, isso porque a abertura desses processos vitais à intervenção, em uma sociedade capitalista, confere espaço para todo um mercado a ser explorado pelas indústrias farmacêuticas, de equipamentos médicos, dentre outras. Foi o que Petryna (2007) observou na Ucrânia pós Chernobyl e o que ocorre em qualquer ambiente que abra espaço para a exploração de intervenções de alto custo para condições biológicas que atinjam uma parcela significativa e que se mostre lucrativa. Nessa economia da vida, Rose (2003) inclusive pondera sobre o percentual de desigualdade no capital investido em pesquisas para resolver os adoecimentos que mais matam no mundo, que é diminuto se comparado aos vultosos montantes investidos em alta tecnologia para intervenção para processos patológicos que atingem uma parcela ínfima da população mundial.

Considerações finais

Diversas facetas de expressão da cidadania biológica identificadas na literatura podem ser observadas na nossa realidade. Projetos, se é que assim podemos chamar, delineados de cima para baixo que a depender do alinhamento do governo vigente podem avançar no sentido de garantir que os direitos instituídos na Carta Magna ou, em um cenário adverso tal qual atualmente nos encontramos, podem tomar rumos onde tudo parece demonstrar que as garantias estão sendo paulatinamente suspensas a partir de modificações legislativas, restrição extrema de financiamento para políticas públicas, afrouxamento da regulamentação dos setores mercantis da biomedicina e entraves para compra de insumos essenciais à sobrevivência da população.

Numa realidade como a brasileira, onde os determinantes sociais com os quais as pessoas se deparam ampliam a susceptibilidade a toda sorte de sofrimento, adoecimento, incapacidade e mesmo mortalidade precoce (incluindo infantil e materna), tudo isso somado uma conjuntura de crise econômica, política, ética e sanitária, suscita a reflexão até que ponto a cidadania pode vir a ser ainda mais prejudicada, sendo até mesmo uma ameaça a estabilidade ou mesmo existência biológica de grande parcela da população, a exemplo das ingerências que culminaram no agravamento da crise sanitária e dos atrasos da vacinação no auge da pandemia SARS/COVID-19.

As iniquidades edificam barreiras que dificultam a vida de pessoas em condições de desvantagem social, e se estas se deparam com processos de vulnerabilidade extrema ou condições de saúde que demandem recursos terapêuticos inacessíveis pela via pública, podem chegar a desfechos que conduzam a incapacidade ou até mesmo fatal, para condições que possuam manejo plausível dentro do contexto biomédico. Ao invés da garantia do direito à saúde, a partir da melhoria de determinantes sociais e acessibilidade, coloca imperativos morais de autocuidados e atitudes previdentes quanto ao estado de saúde futuro aos sujeitos somáticos, e de outro, não oferece os recursos necessários que permitam com que as pessoas cumpram essas exigências. Nesse caso, o adoecimento torna-se quase uma certeza, na vivência de desvantagens sociais cotidianas tão marcantes, e então, o reconhecimento da sua condição de sofrimento biopsicossocial, que já era anterior ao processo de adoecimento deflagrado, verte-se em luta pelo acesso a recursos terapêuticos para dar conta das necessidades de manejo para resolutividade ou controle de condição de saúde.

Parece um contrassenso lutar por saúde pedindo mais biomedicina quando as evidências apontam todos os efeitos deletérios que essa hegemonia tem produzido socialmente. Entretanto, para os que vivem em situação de destituição, que nunca tiveram sua voz legitimada e sua existência pareceu não importar para além dos objetivos de exploração até o ponto do esgotamento para então ser descartado pelo meio social e esquecido pelo Estado, essas pessoas, que só recentemente experienciaram a inclusão em políticas tais quais a saúde e a assistência social, podem ter sido forjadas enquanto cidadãos apenas nessa janela histórica e podem vir a

reivindicar esse direito à saúde, e então à vida, mas o direito à vida certamente perpassa pelo direito de ter uma atenção resolutiva para seu problema, não significando que isso venha a ser uma defesa da biomedicina enquanto paradigma.

Com o agravamento dessa crise, o corpo pode vir a se tornar objeto principal dessa luta política, tendo em vista que a precarização da vida tende a se intensificar e precipitar mobilização no sentido desse risco iminente de ameaça à vida. Isso se coloca como um desafio ético, no qual a sobrevivência das pessoas é posta em risco e a vida como direito preliminar, pode estar sendo ferida de morte. Uma política, que tenha como base o princípio vida, deve primar pela saúde enquanto Direito Humano, considerando a positivação dos direitos ligados à subsistência, desenvolvimento e promoção da vida humana. Isso só é possível a partir da ampliação e articulação de políticas públicas e um controle adequado do biocapital, para evitar exclusão, distorções e exploração de vulnerabilidades. Apenas assim uma cidadania plena pode ser garantida, onde a vida, não precise se transformar em valor a ser negociado, em ambientes de completa assimetria de poderes.

REFERÊNCIAS

BIEHL, J. **Will to live: AIDS therapies and the politics of survival**. Princeton University Press, 2009.

CARVALHO, S. R.; LIMA, E. M. F. A. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2). **Interface (Botucatu)[Internet]**. 2016 [citado 26 Out 2016]; 20 (58): 797-808.

CARVALHO, S.R; TEIXEIRA, R.R. Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose (Parte 3). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 221-230, 2017.

FASSIN, D. **When bodies remember: Experiences and politics of AIDS in South Africa**. Univ of California Press, 2007.

FILIPE, A.M. **A vida como política? Debates contemporâneos sobre saúde, (bio) medicina e cidadania**. In: Oficina do CES. Centro de Estudos Sociais, 2010. p. 1-35.

FOUCAULT, M. **Histoire de la sexualité**. Paris: Gallimard, 1976. v. 1.

FOUCAULT, M. **Naissance de la biopolitique**. Paris: Gallimard/Seuil, 2004.

KERSTENETZKY, C.L. Desigualdade e pobreza: lições de Sen. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 42, p. 113-122, 2000.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

NUNES, J.A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 87, p. 143-169, 2009.

PETRYNA, Adriana. **Life exposed: biological citizens after Chernobyl**. Princeton University Press, 2013.

RABINOW, P. **Essays on the Anthropology of Reason**. New Jersey: Princeton University Press, 1996.

RABINOW, P; ROSE, Ns. O conceito de biopoder hoje. **Política & trabalho**, v. 24, p. 27-57, 2006.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, v. 396, 2013.

ROSE, N; NOVAS, C. Biological citizenship. **Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems**, p. 439-463, 2005.

SCHUCH, P. Antropologia entre o inesperado e o inacabado: entrevista com João Biehl. **Horizontes Antropológicos**, n. 46, p. 389-423, 2016.

SEN, A. **Welfare, freedom and social choice: a reply**. *Recherches Économiques de Louvain/Louvain Economic Review*, v. 56, p.10-11,1990.

CAPÍTULO 12- POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E INEQUIDADES NO ACESSO AO EXAME PAPANICOLAU PELA POPULAÇÃO NEGRA

Maria Aparecida Paulo dos Santos

Isabelle Ribeiro Barbosa

Introdução

O câncer de colo uterino (CCU) é uma das principais ameaças à vida das mulheres e uma importante questão de saúde pública. O CCU é o câncer mais comum entre o sexo feminino, e o quarto mais frequente em todo o mundo, com quase 570 mil casos ao ano (3,2% de todos os cânceres), correspondendo a um risco estimado de 15,1/100 mil mulheres (ARBYN et al., 2019; MOREIRA; ANDRADE, 2018).

O principal fator de risco do CCU é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), vírus que atinge pele e mucosas e pode ser detectado precocemente por meio do rastreamento citológico pelo teste de Papanicolau, também conhecido por exame preventivo ou citologia oncológica. Seu uso generalizado de rastreamento citológico deriva de sua facilidade, custo-benefício e capacidade de identificar doenças pré-malignas (LEITE et al., 2018).

Este exame tem como público-alvo mulheres com vida sexual ativa, contudo, mulheres virgens, na menopausa, histerectomizadas, grávidas, e aquelas que não possuam vida sexual ativa, também podem realizá-lo (LEITE et al., 2018). Estima-se que até 80% das mortes por câncer cervical poderiam ser evitadas pela realização do exame de Papanicolau de forma regular, juntamente com o acompanhamento adequado da paciente para tratamento (INCA, 2021).

Estudos mostram que entre as minorias raciais há um aumento da mortalidade por CCU, devido às disparidades no rastreamento, que vai desde a dificuldade do acesso ao serviço, às informações básicas de saúde (BAZARGAN et al., 2004; LOPES; RIBEIRO, 2019). Dados da Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) evidenciou que no Brasil em 2013 existiam mais de 146,3 milhões de pessoas acima dos 18 anos, 10,6% (15,5 milhões) se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, destas, 11,6% eram mulheres, 11,9% eram pessoas de cor preta (11,9%) e 11,4% eram pardas (BRASIL, 2017). Desta forma, percebe-se que o racismo pode afetar os determinantes e condicionantes sociais e de saúde.

Realizado por meio de uma revisão na literatura nas bases de dados “PubMed, Web of Science, Lilacs, Scopus, CINAHL, além da busca no Google Scholar e Open Grey”, através de um estudo qualitativo, o objetivo deste capítulo, é apresentarmos um panorama geral sobre a epidemiologia e vigilância do câncer do colo do útero, as políticas de controle e o acesso nas redes de atenção à saúde, a aplicação do exame Papanicolau no rastreamento do câncer do colo do útero e as iniquidades raciais identificadas no acesso ao exame Papanicolau, afim de subsidiarmos uma discussão a permitir intervenções e criações de políticas públicas capazes de amenizar as iniquidades existentes, e com isso, reduzir o número de casos e de óbitos por CCU.

Epidemiologia e vigilância do câncer do colo do útero

O CCU desenvolve-se de forma insidiosa, geralmente silenciosa na fase inicial, acarretando a demora das mulheres em procurar ajuda. Os sintomas mais comuns incluem a secreção vaginal anormal (espessa ou aquosa); ciclos menstruais irregulares; sangramento após relação sexual e dor em baixo ventre associadas a queixas urinárias e intestinais (INCA, 2021).

A literatura traz como fatores de risco a menarca precoce; multiplicidade de parceiros; tabagismo; condições socioeconômicas; a idade precoce na primeira relação sexual; higiene íntima inadequada; a multiparidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), principalmente a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV), sendo os tipos 16 e 18 os mais oncogênicos. O HPV é um vírus que infecta pele e mucosas (oral, genital e anal), podendo diminuir o risco de contágio através do uso do preservativo, visto que protege parcialmente do contato com a mucosa lesionada (INCA, 2019; MOREIRA; ANDRADE, 2018; INTERAMINENSE et al., 2018).

Esse é o câncer mais comum entre as mulheres, o quarto mais frequente em todo o mundo, o segundo tipo de câncer mais frequente entre as que vivem em regiões menos desenvolvidas e a maior parte desses casos é atribuída aos hábitos de vida nos países em desenvolvimento (FERLAY et al., 2013). Embora passível de prevenção e cura, é responsável por muitas mortes entre mulheres, principalmente em países em desenvolvimento. Em 2018, das 311 mil mulheres que morreram de câncer do colo do útero, mais de 85% eram de países de baixa e média renda (ARBYN et al., 2019; MOREIRA; ANDRADE, 2018; BRAY et al., 2018).

Políticas de prevenção e controle do câncer do colo do útero

Para a prevenção primária do CCU, a literatura e os órgãos governamentais orientam a prevenção da infecção pelo HPV, visto que esta infecção é a principal causa do CCU e está

associada principalmente aos jovens com vida sexual ativa, sendo metade das novas infecções entre pessoas nos três primeiros anos de atividade sexual (ALVES et al., 2017). Como estratégia de prevenção, além da distribuição e orientações sobre o uso do preservativo, é disponibilizada a imunização para adolescentes meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, que protege contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV (INCA, 2019).

A Organização Mundial da Saúde sugere intervenções programáticas ao longo da vida para prevenir o CCU, principalmente em relação à infecção pelo HPV, principal agente responsável pela neoplasia. O objetivo é prevenir os casos através da redução dessas infecções, detecção e tratamento de lesões cervicais pré-cancerosas precoces, e realizar o mais breve possível o diagnóstico e tratamento do câncer invasivo, bem como os cuidados paliativos aquelas que já e encontram sem perspectivas de cura (TSUCHIYA et al., 2017).

Para isso, dividiram-se as orientações para o cumprimento dessas metas em três grupos: imunização entre as meninas de 9 a 13 anos, antes do início da vida sexual; educação sexual para meninos e meninas com o objetivo de reduzir a transmissão do HPV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e uso do preservativo. O segundo componente é aumentar o diagnóstico precoce através do rastreamento do câncer, permitindo o acesso fácil ao maior número de mulheres; o terceiro componente é diminuir o número de óbitos devido ao CCU, por meio da facilitação do tratamento da doença que deve ser iniciado após o diagnóstico definitivo do CCU, a partir do exame. As opções de tratamento incluem cirurgia, radioterapia e quimioterapia, podendo ser de forma combinada. Além disso, o terceiro componente inclui os cuidados paliativos que visem ao alívio da dor e do sofrimento das pacientes (OMS, 2021).

Para que seja realizada essa prevenção primária, é necessária a realização de estratégias para que todas as meninas e mulheres tenham acesso aos serviços de saúde e que sejam alcançadas pela imunização e rastreamento do CCU. Melhorar a informação sobre os riscos e reduzir as barreiras de acesso a esses serviços é uma forma de prevenir e de proporcionar o diagnóstico oportuno para tratamento (VIEGAS; VARGA, 2016).

O exame Papanicolau e sua aplicação no rastreamento do câncer do colo do útero

O principal método de rastreamento do CCU é o exame Papanicolau. Quando realizado na fase pré-clínica, ou seja, sem sintomas do câncer do colo do útero, pode ocorrer a detecção das lesões precursoras que antecedem o aparecimento da doença, consequentemente, fazendo um diagnóstico precoce e aumentando as chances de cura (INCA, 2019).

Desenvolvido por George Papanicolau em 1930, esse é o método mais comum de rastreamento do câncer cervical, por ser um dos testes de triagem mais eficazes e usados para detectar doenças cervicais (TEIXEIRA, 2015). É realizado por meio da coleta de uma pequena amostra celular do colo do útero, especificamente da ectocérvice e endocérvice, conforme

figura 1 (LEITE et al., 2018).

O colo do útero é a parte inferior do útero, possui estrutura em forma cilíndrica composta de estroma e epitélio. A ectocérvice projeta-se na vagina, é revestida por epitélio escamoso, já a endocérvice se estende do orifício interno ao orifício externo, e é revestida por epitélio colunar. Quase todos os casos de carcinoma cervical se originam da mucosa ectocérvice ou endocervical. Através do exame Papanicolau é possível visualizar e obter amostras do colo do útero com facilidade e conseqüentemente, rastrear o câncer do colo do útero (LEITE et al., 2018).

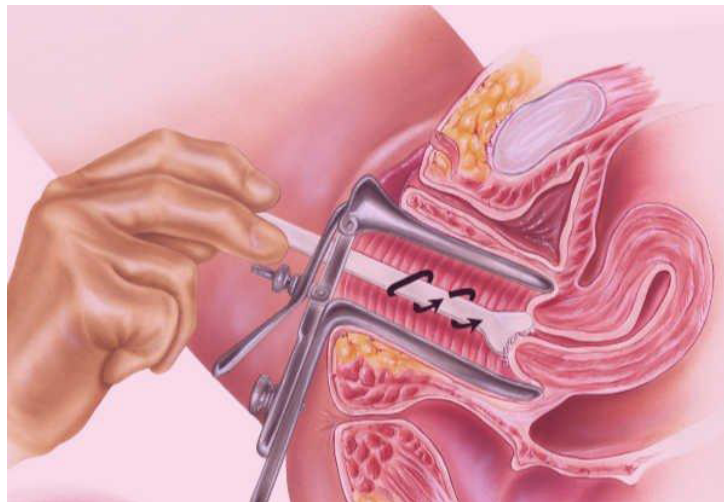


Figura 1 - Coleta de material da endocérvice e ectocérvice através do exame Papanicolau

Fonte: https://medicinanews.com.br/frente/frente_1/papanicolau-o-que-e-preparacao-e-resultados/.
Acesso em: 10 Outubro 2021.

O exame Papanicolau pode ser feito nas unidades de saúde da rede pública e privada, não requer repouso ou afastamento de atividades do cotidiano. É realizado em poucos minutos pelo médico ou enfermeiro, através de uma coleta rápida e em alguns casos indolor, a depender da sensibilidade do colo do útero. As orientações de preparo para a coleta consistem em não estar menstruada (para que o sangue não interfira na avaliação do exame); evitar relações sexuais no dia anterior ao exame, evitar o uso de duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores à sua realização (INCA, 2021).

A qualidade do exame também depende da forma como a coleta é realizada, o acondicionamento das lâminas e o transporte das amostras. Deve ser realizado um esfregaço satisfatório com presença de células em quantidade suficiente para avaliação oncótica e diagnóstico. Para o acondicionamento das lâminas após o esfregaço, é orientado que o material coletado da endocérvice e ectocérvice seja imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material. Para a fixação, o ideal é que seja feito com álcool a 96%, considerado mundialmente como

a melhor fixação para os esfregaços citológicos. Após a fixação, a lâmina deve ser colocada dentro do frasco com álcool em quantidade suficiente para que todo o esfregaço seja coberto. E para o transporte ao laboratório de diagnóstico, orienta-se que o frasco seja lacrado com tampa e fita adesiva (INCA, 2012).

O colo do útero é um órgão revestido por diversas camadas de células organizadas de forma bastante ordenada. Quando ocorre a desordenação nas camadas mais basais do epitélio estratificado, trata-se de Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I (NIC I), considerada de baixo grau, nesse estágio as anormalidades do epitélio ocorrem no 1/3 proximal da membrana. Quando a desordenação avança 2/3 proximais da membrana, trata-se de Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau II (NIC II) de alto grau. Na Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau III (NIC III) o desarranjo é observado em todas as camadas, sem romper a membrana basal, também considerada de alto grau. Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o desenvolvimento das células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, trata-se de carcinoma invasor (INCA, 2012).

No Brasil, o laudo do exame Papanicolau pode vir com resultado negativo, lesão de baixo grau, lesão de alto grau e amostra insatisfatória. Na lesão de baixo grau, a recomendação é que um novo exame seja realizado após seis meses. Já na lesão de alto grau, novos exames são solicitados e realizado encaminhamento para início de tratamento. Na mostra insatisfatória, recomenda-se repetir o exame logo que possível (INCA, 2016).

Quando o resultado do exame Papanicolau apresenta laudo de NIC, exames mais específicos são solicitados a fim de determinar o estágio que a invasão celular se encontra. Para isso, são utilizadas algumas nomenclaturas classificadas por classes numéricas a partir do diagnóstico por meio da biópsia, e estágio clínico da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), conforme o Quadro 1 (ACS, 2021).

O estágio define o melhor tratamento a ser realizado e o prognóstico da doença. Quanto menor o número ou estágio, menos o câncer se espalhou e maior as chances de cura (ACS, 2021).

Quadro 1- Estadiamento FIGO do câncer do colo do útero (2018)

ESTÁDIO I	O carcinoma se encontra estritamente confinado à cérvix
IA	Carcinoma invasivo que só pode ser diagnosticado por microscopia, com invasão de maior profundidade ≤ 5 mm e maior extensão ≥ 7 mm
IA1	Medição da invasão estromal $\leq 3,0$ mm em profundidade e extensão $\leq 7,0$ mm
IA2	Medição da invasão estromal $> 3,0$ mm e não $> 5,0$ mm com extensão não $> 7,0$ mm
IB	Lesões visíveis clinicamente limitadas à cérvix uterina ou câncer pré-clínico maiores que o estágio IA*

IB1	Lesões visíveis clinicamente $\leq 4,0$ cm em sua maior dimensão
IB2	Lesões visíveis clinicamente $> 4,0$ cm em sua maior dimensão
ESTÁDIO II	Invasão do carcinoma cervical além do útero, mas sem alcançar a parede pélvica ou o terço inferior da vagina
IIA	Sem invasão parametrial
IIA1	Lesões visíveis clinicamente $\leq 4,0$ cm em sua maior dimensão
IIA2	Lesões visíveis clinicamente $> 4,0$ cm em sua maior dimensão
IIB	Com invasão parametrial óbvia
ESTÁDIO III	O tumor se estende à parede pélvica e/ou envolve o terço inferior da vagina e/ou causa hidronefrose ou disfunção renal**
IIIA	O tumor envolve o terço inferior da vagina, sem extensão para a parede pélvica
IIIB	Extensão para a parede pélvica e/ou hidronefrose ou disfunção renal
ESTÁDIO IV	O carcinoma apresenta extensão além da pelve verdadeira ou envolveu (a partir de biópsia comprovada) a mucosa da bexiga ou do reto. Um edema bolhoso não permitiria estadiar o caso como estágio IV
IVA	Propagação do câncer para os órgãos adjacentes
IVB	Propagação do câncer para os órgãos distantes

Fonte: American Cancer Society (2020).

Acesso ao exame Papanicolau pela população negra

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o conceito de equidade é apontado como um princípio básico para o desenvolvimento humano e de justiça social. E seu princípio é baseado na ideia de justiça e reconhecimento das desigualdades, contudo, observam-se iniquidades em todos os ambientes, inclusive, nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

As iniquidades no acesso aos serviços de saúde são produzidas a partir de inúmeros fatores, entre eles a dificuldade de marcação de consultas, precarização nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) evidenciadas na ausência de materiais e insumos, bem como quantidade insuficiente de profissionais para realizar o procedimento e as ações de educação em saúde. A Atenção Primária em Saúde (APS) deveria ser o local apropriado a realizar as ações para a promoção e proteção da saúde da população em geral, através de suas ações de busca, orientações, informações a respeito do CCU e incentivo a realização do exame Papanicolau (PEIXOTO et al., 2020).

Além da precarização nos serviços, existe o não feedback dos exames, consequência da demora em receber os laudos e muitas vezes não recebê-los. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), apontou que 88,4% das mulheres que se submeteram ao exame Papanicolau, receberam o resultado do exame 3 meses após a data da coleta. Mesmo não existindo um protocolo para recebimento destes exames, a recomendação estabelecida pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) é de um tempo máximo de 30 dias (entre o recebimento do material pelo

laboratório e a emissão do laudo). No Canadá, 90% das mulheres que realizaram o exame de Papanicolau, o tempo entre a coleta no serviço de saúde e o processamento dos exames no laboratório foi de 21 dias. O tempo de espera pelo recebimento do resultado do exame, configura uma barreira no acesso ao exame (OLIVEIRA et al., 2018).

Outra barreira no acesso ao exame é a sobrecarga da mulher em múltiplas tarefas e adequação do horário de trabalho e da unidade de saúde para realização dele. Geralmente a oferta do exame ocorre em horários que coincidem com a rotina de trabalho da mulher, dependente da liberação do empregador, e muitas vezes, posterga o cuidado consigo mesma para não perder seu trabalho. O mercado de trabalho exige da mulher produção de excelência, além disso, desempenha as atividades no lar, zelando pelo bem-estar da família e faltando tempo para cuidar da própria saúde e para realizar os exames de rotina (SILVA et al., 2015).

Além dos fatores já mencionados, existe a discriminação de raça/etnia que intensificam a vulnerabilização dos diferentes grupos. A raça é um importante fator de posição social e de desigualdade (NOGUEIRA et al., 2018). Segundo Nogueira et al. (2018) as desigualdades raciais em saúde têm sido pouco estudadas devido a indisponibilidade de dados relativos à raça nos principais bancos de dados epidemiológicos. Contudo, observa-se desigualdade no acesso aos serviços de atenção oncológica, mesmo diante de estratégias de combate ao racismo institucional e ações que beneficiem a equidade na saúde (PAULISTA et al., 2020).

Um estudo realizado com mulheres negras, árabes e hispânicas em Michigan, evidenciou que o menor rastreamento entre mulheres negras tinha relação com o menor conhecimento sobre saúde, embora não fosse uma barreira tão importante para outros grupos étnicos (BAZARGAN et al., 2004).

Lopes e Ribeiro (2019) relatam que a grande maioria das mulheres conhece o exame Papanicolau, mas não o realiza por não saber a periodicidade adequada, sendo essa uma barreira a seu cumprimento e que se intensifica com os fatores de ordem social, econômico, cultural e racial. Atrelado a isso, existe a vergonha e o desconforto em ter sua genitália exposta e manipulada por um profissional, principalmente quando se trata de um profissional do sexo masculino, acarretando muitas vezes a não adesão ao rastreamento (BAIA et al., 2018).

Um estudo realizado no Brasil avaliou o acesso aos serviços de saúde de acordo com a raça e evidenciou que a proporção de pessoas com atendimento médico no último ano é maior entre as pessoas brancas (74,8%) quando comparadas as pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Assim, as pessoas negras (pretos e pardos) apresentam menor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Paulista e colaboradores (2020) relatam a não realização do exame Papanicolau entre mulheres com baixa escolaridade e que se autorreferiram negras e com idade entre 40 e 59 anos. A desigualdade racial quanto o acesso ao exame Papanicolau e baixa escolaridade des-

as mulheres pode ser atribuída ao baixo nível de informação. Outro estudo corrobora com os achados ao apontar que mulheres negras, de menor idade, escolaridade e renda apresentaram razões de prevalência maiores a não realização de exame Papanicolau para detecção do CCU em relação às demais mulheres (PAULISTA et al., 2020).

No mundo inteiro e nos diversos ambientes a população negra tem sido alvo de preconceito e discriminação, esta situação torna-se mais preocupante quando acontece nos espaços onde deveria acolher e atender as necessidades do indivíduo, que é nos serviços de saúde, onde a maioria das vezes a pessoa encontra-se fragilizada em decorrência de sua saúde.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garantiu direitos específicos a população negra, entre eles destaca-se o direito à terra e o respeito à sua cultura, porém foi apenas em 2007 que o direito à saúde de acordo com suas especificidades foi alcançado com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), elaborada como resposta às demandas da população negra em relação à saúde e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. A PNSIPN estabelece metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com o objetivo de reduzir as desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nos serviços do SUS (VIEGAS; VARGA, 2016).

Nos Estados Unidos, foi criado o *National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program* (NBCCEDP), que é um programa com a finalidade de auxiliar mulheres que se encontram em situação econômica vulnerável a ter acesso aos serviços de rastreamento para detecção precoce do câncer de mama e do CCU. Criado em 1991, o NBCCEDP é direcionado a mulheres de baixa renda, de 18 a 64 anos e sem plano de saúde (TSUCHIYA et al., 2017). Fornece exames clínicos da mama, mamografias e exames de Papanicolau para as pacientes vulneráveis. Contudo, a literatura norte-americana evidencia inadequações no acesso aos serviços de saúde, e estas estão fortemente associadas à raça (AIQUOC et al., 2021).

Estados Unidos e Brasil carregam na sua história a escravidão dos povos negros. Até os dias atuais, os EUA sofrem com o racismo, apesar dos inúmeros movimentos sociais existentes (SANTOS et al., 2019). Apesar dos avanços, os direitos civis têm sido afetados devido a discriminação e segregação com os grupos minoritários, por ainda persistirem falhas nas leis, que afetam principalmente a saúde das minorias raciais e étnicas, impactando na qualidade de vida das pessoas negras (LEITE et al., 2020).

Considerações finais

Os dados apresentados evidenciam que a raça ou cor da pele influenciam no acesso ao Papanicolau. A raça ainda é um importante fator para explicar as desigualdades de acesso, atre-

lada a falta de conhecimento sobre a necessidade de realização do exame e a falta de orientação para a sua execução, estes fatores representam um risco para a não adesão ao programa preventivo. Destarte, há uma necessidade de ampliação da triagem, desenvolvimento de estratégias preventivas e eficazes com vistas a esses grupos vulneráveis, alinhadas à realidade de cada país. Ressaltamos aqui a importância das ações de educação em saúde, e que estas iniciem na atenção primária à saúde, como uma alternativa para redução de óbitos e de ônus aos serviços de saúde.

Portanto, é crucial ampliar a discussão acerca das iniquidades raciais na saúde e fomentar a realização de estudos que forneçam embasamento sobre o racismo e como este pode afetar os determinantes e condicionantes sociais e de saúde.

Referências

AIQUOC, K.M et al. 1 Política nacional de saúde integral da população negra: história, avanços e desafios. RAÇA E SAÚDE, p. 12.. In: Barbosa IR, Aiquoc KM, Souza TA, organizadoras. **Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil**. Natal: Edufrn; 2021. p. 12-34.

American Cancer Society. Cervical Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging [Internet]. 2020 [acesso em 2021 out 5]. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8601.00.pdf>.

ARBYN, M et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 2, p. e191-e203, 2020.

BAIA, E.M et al. Dificuldades enfrentadas pelas mulheres para realizar o exame papanicolau: revisão integrativa. **Nursing** (São Paulo), p. 2068-2074, 2018.

BAZARGAN, M et al. Correlates of cervical cancer screening among underserved Hispanic and African-American women. *Preventive medicine*, v. 39, n. 3, p. 465-473, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas (BR). **Racismo como determinante**

social de saúde. Brasília; 2011.

BRAY, F et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

FERLAY, J et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. **European journal of cancer**, v. 49, n. 6, p. 1374-1403, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2021 [acesso em 2021 set 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020 Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, INCA; 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tratamento [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2021 [acesso em 2021 ago 5]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado/tratamento>

INTERAMINENSE, I.N.C.S et al. Tecnologias educativas para promoção da vacinação contra o papilomavírus humano: revisão integrativa da literatura. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

LEITE, G. Considerações sobre a segregação racial nos Estados Unidos (EUA). *J Jurid.*[Internet]. 2020 abr. [acesso em 10 out. 2021]. Disponível em: <https://www.jornaljurid.com.br/colunas/gisele-leite/consideracoes-sobre-a-segregacao-racial-nos-estados-unidos-eua>.

LEITE, K.N.S et al. Exame Papanicolau: fatores que influenciam a não realização do exame em mulheres de 40 a 65 anos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 15-19, 2018.

LOPES, V.A.S; RIBEIRO, J.M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3431-3442, 2019.

MOREIRA, A.S; ANDRADE, E.G.S. A importância do exame papanicolau na saúde da mulher. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 1, n. Esp 3, p. 267-271, 2018.

NOGUEIRA, M.C et al. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

OLIVEIRA, M.M de et al. Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Novas recomendações de rastreio e tratamento para prevenir o câncer do colo do útero [Internet]. 2021 [acesso em 2021 jul 15]. <https://www.paho.org/pt/noticias/6-7-2021-novas-recomendacoes-rastreio-e-tratamento-para-prevenir-cancer-do-colo-do-utero>

PAULISTA, J.S; ASSUNÇÃO, P.G; DE LIMA, F.L.T. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 4, 2019.

PEIXOTO, H.A et al. Adesão de mulheres ao exame papanicolau: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 19314-19326, 2020.

SANTOS, R.O.; RAMOS, D.N; MIGOWSKI, A. Barreiras na implementação das diretrizes de detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

SILVA, M.A.S et al. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. **Rev Rene**, v. 16, n. 4, p. 532-539, 2015.

TEIXEIRA, L.A. From gynaecology offices to screening campaigns: a brief history of cervical cancer prevention in Brazil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, p. 221-239, 2015.

TSUCHIYA, C.T et al. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. **JBES: Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 9, n. 1, 2017.

VIEGAS, D.P; VARGA, I.V.D. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 619-630, 2016.

CAPÍTULO 13- O DILEMA ENTRE REDISTRIBUIÇÃO E RECONHECIMENTO PARA COMPREENSÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

Fernanda Diniz de Sá
Adriana Gomes Magalhães
Leonildo Santos do Nascimento Júnior

Introdução

Este artigo parte de uma reflexão acerca das algumas tensões e possibilidades existentes em torno dos conceitos de universalidade e equidade nas políticas públicas de saúde, a partir das contribuições de Nancy Fraser para a compreensão dos dilemas que permeiam os debates entre redistribuição e reconhecimento da vulnerabilidade social de grupos que sofrem desigualdades estruturais.

Sem o propósito de esgotar a discussão sobre esses dilemas, buscamos apontar caminhos para auxiliar a reflexão acerca da complexa polarização entre universalização/focalização e reconhecimento/distribuição, partindo do questionamento sobre como conciliar a busca pelo direito universal à saúde com as demandas de diversos grupos identitários, no contexto brasileiro marcado pelo flagrante desigualdade social.

Universalidade e equidade na construção do SUS

Os mais importantes debates e demandas que orbitaram as lutas pelo direito à saúde perpassam pelas maneiras pelas quais o Estado, bem como a vida social como um todo, exercem influência nas formas de compressão da saúde enquanto direito individual e coletivo. De maneira geral, nos debates acerca do direito individual à saúde a ênfase é colocada nas liberdades tais como de acesso aos serviços, de decisão perante as condutas e obtenção de meios fundamentais à vida com saúde, dentre outros. Já no que tange ao direito coletivo, o mote parte da ênfase na igualdade, não somente a jurídica, mas, sobretudo, a política e a econômica. Dentro dessa seara, no Brasil, a pobreza e a desigualdade social estiveram colocada em local privilegiado nos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira envolvidos na luta pelo direito à saúde, em comparação às questões ditas identitárias que foram ganhando espaço de visibilidade e tomaram maior força em termos de reivindicações somente posteriormente na arena política (COHN, 2005; DALARRI, 1988; FAUSTINO, 2017).

Na conjuntura mundial, a partir da década de 1960, todo o arcabouço de lutas políticas e teórico-críticas, antes fundamentadas nas lógicas de ação coletiva sob a égide da “luta de classes”, foi tema de contestações e violentas críticas as quais Boltanski e Chiapelo (2009) denominaram críticas estéticas em oposição à anteriormente dominante crítica social ao sistema de produção e reprodução da vida como ponto central de lutas, que abriram e reivindicavam espaço para novos e emergentes atores de “lutas identitárias”. Embora definidos em realidade, ou seja, tenham tomado formas distintas em cada contexto singular, esses movimentos acabaram por ver suas reivindicações serem apropriadas para reelaboração de um “novo espírito do capitalismo” que, de forma deliberadamente perversa, reinventou diversos mecanismos de exploração nos meios de produção.

Concomitantemente, essas lutas trouxeram para a arena uma nova forma de leitura dos direitos, reivindicada por uma diversidade de atores políticos que lançaram luz para segmentos que viveram silenciamento e apagamento históricos, a exemplo do movimento de reiniciações de desigualdades de gênero, raça/etnia, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, dentre tantas outras categorias emergentes na arena política. É nesse contexto, denominado por Fraser (2001) como pós-socialista, que o próprio debate sobre o direito à saúde se inseriu no Brasil.

Nancy Fraser argumenta que as demandas por reconhecimento são relativamente recentes na sociedade contemporânea, fazendo parte de uma evolução da sociedade capitalista, uma época chamada por ela de “era pós-socialista”, na qual a luta por reconhecimento tornou-se o tema principal do conflito político e de movimentos sociais no fim do século XX (FRASER, 2001; 2007). A partir desse momento histórico de rupturas, os movimentos passaram a não mais seguir unificados em um único ponto de consonância, que anteriormente eram as questões de classe. Algo que Boltanski e Chiapelo (2009) descreveram como as disputas e substituições das pautas da crítica social pela crítica estética no capitalismo tardio. Para a autora, nesses conflitos, as identidades grupais vêm substituindo interesses de classe como principal incentivo para mobilização política, ainda que essas disputas por reconhecimento aconteçam em um mundo marcado pela cada vez mais abismal desigualdade material, de renda e de posse de propriedades, de modo a destituir de uma parcela imensa da população o acesso ao trabalho assalariado, à educação, ao cuidado à saúde e ao lazer (FRASER, 2001; 2007).

À primeira vista, a disputa entre esses polos desponta quase que inconciliável, por serem apresentados como dois paradigmas aparentemente conflitantes. De um lado, estariam as reivindicações de ordem redistributivas que, assentadas em antigas tradições de movimentos trabalhistas/socialistas, defendem uma distribuição mais justa dos recursos e das riquezas e advogam pela dissolução das diferenças sociais (FRASER, 2007). Na outra ponta estariam as chamadas “políticas de reconhecimento”, nas quais o objetivo é um acolhimento amistoso e não hierárquico das diferenças, “um mundo onde a assimilação das normas culturais majoritárias ou dominantes não seja mais o preço que se tenha de pagar por igual respeito”, de modo

não a suprimir as diferenças, mas afirmá-las como positivas em suas singularidades (FRASER, 2007, p. 101-102).

Essa divergência apontada por Fraser é, segundo Faustino (2017) muito próxima à divergência de paradigmas existentes na política de saúde brasileira, apontados por Cohn (2005), no que concerne à polaridade entre a universalização e a focalização das políticas públicas no Sistema Único de Saúde. A primeira tendência, adotada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, esteve alicerçada na busca pela ampliação dos direitos sociais a todo o conjunto da sociedade e está claramente expressa pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, no princípio fundamental da universalidade do SUS no qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Essa abordagem redistributiva rompeu com a exclusão de sistema pautado no modelo de cidadania regulada, onde apenas trabalhadores do setor formal, que contribuíam diretamente com a previdência social, e seus familiares, possuíam direito de acesso à assistência em saúde, negado a todo o contingente populacional que não possuía essa prerrogativa.

No caso da focalização, as ações e os recursos financeiros são priorizadas ou reservadas àqueles grupos que concentram determinadas características, reconhecidamente, marcadores de desvantagem social. Essa perspectiva não questiona, a priori, as lógicas de um macrosistema gerador de injustiças e busca remédios para minimizar as consequências das explorações, tomadas como inevitáveis, atuando apenas em situações pontuais e críticas do sistema (FAUSTINO, 2017). Esse entendimento vem sendo historicamente reforçado pelos potentes agentes governamentais e multilaterais, como destaca Santos (2009), notadamente pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Essas instituições vêm atuando sistematicamente em Estados de capitalismo periférico em oposição à implementação de políticas sociais irrestritas, desenvolvendo esforços para que haja uma concentração de recursos públicos em políticas de caráter residuais, abrindo caminho para que os setores privados abarquem o máximo contingente populacional que for possível como clientela, para a privatização de serviços que deveriam ser ofertados pelos Estados enquanto direitos sociais.

Num contexto histórico em que ocorria toda a efervescência das contradições ensejadas pelas disputas dessas duas vertentes de críticas ao capitalismo, a crise e derrocada das experiências socialista e, por conseguinte, crise das esquerdas movimentos trabalhistas e seus partidos, assim como ao decorrente desmonte do Estado de Bem-Estar Social nos países de capitalismo central, em meio a tudo isso, o Brasil vivia uma recente saída de um período de décadas de ditadura e supressão de direitos.

Sendo assim, o advento da retomada da democracia no Brasil e a conquista de direitos, dentre esses o advento do Sistema Único de Saúde no final da década de 1980, acabou por ocorrer na contramão da tendência histórica mundial, tendo em vista a garantia do provimento de

direitos sociais pelos Estados, tendencialmente, vinham sendo alvos de tentativas de desmonte em diversos países, em um movimento mundial de avanço do neoliberalismo na denominada crise do *Welfare State*. Essa particularidade promoveu a estruturação de um sistema pautado na universalidade e que, ao mesmo tempo, garantindo a pauta de questões sensíveis relacionadas aos marcadores sociais de diferença, dando reconhecimento e legitimidade através do princípio da equidade (FAUSTINO, 2017; SANTOS, 2009).

A polaridade apontada por Fraser está, pois, expressa em nosso sistema de saúde, definida do seguinte modo: a focalização defendida pelo próprio mercado, vislumbrando a substituição da lógica do direito pela da mercadoria; e a segunda, amplamente presente entre os formuladores da Reforma Sanitária, defendida como símbolo emancipador ou, pelo menos, de justiça social. Sem a pretensão de contemplar o arcabouço dos debates em torno dessa temática na complexidade do Sistema Único de Saúde, passaremos a apresentar alguns elementos fundamentais acerca da polaridade entre redistribuição e reconhecimento, a partir das lentes teóricas de Nancy, de modo a fomentar a reflexão a respeito de políticas de saúde direcionada para populações específicas.

Os paradigmas do reconhecimento e da redistribuição

A célebre polêmica protagonizada publicamente por Fraser e Honneth tem como mote o debate que orbita em torno do conceito de reconhecimento e a possibilidade de considerá-lo ou não um conceito vinculado à noção de distribuição. Para Honneth (2003), as injustiças decorrentes de má distribuição devem ser entendidas como uma expressão institucional do desrespeito social, ou melhor dizendo, como relações de reconhecimento pouco justas. Já para Fraser (2007) é possível pensar distribuição e reconhecimento de formas distintas, associando o primeiro ao material e o segundo, ao cultural, e tratando ambos como uma questão de justiça social, isto é, como status social.

Em seu ensaio “Redistribuição sem ética”, Fraser (2007, p.103) questiona se, nesses casos, “realmente estamos diante de uma escolha: redistribuição ou reconhecimento? Política de classe ou política de identidade? Multiculturalismo ou igualdade social?”, argumentando que isso se trata de uma falsa antítese, uma vez que justiça requer ambos, tanto reconhecimento quanto redistribuição, sendo essa sua tese central. A autora expressa preocupação no caminho que podem tomar as demandas por reconhecimento, caso deixem de lado e tendam a substituir as demandas por justiça material que, em sua visão, não podem sair do horizonte pois ainda permanecem centrais no debate em torno da justiça social. Ela remete-se, inclusive, ao fato de que a emergência destes movimentos se deu em uma infeliz coincidência histórica com o recrudescimento dos governos de direita na Europa e todos os subsequentes desmantelamentos do

Welfare State em grande parte dos países do continente (FRASER, 2002). De fato, como descreveu Boltanski e Chiapello (2009), todas as pertinentes reivindicações por reconhecimento deflagradas nos movimentos de 1968, que se iniciaram na França e se espalharam por diversos países, especialmente os de capitalismo central, vieram a ser apropriados de maneira conveniente e perversa pelo universo do capital, sendo instrumentalizados de maneira a invisibilizar a luta de classes e os princípios socialistas, aproveitando a derrocada dos blocos dos países alinhados ao socialismo e consequente crise das esquerdas em todas as esferas da vida política.

Em países próximos à realidade brasileira, as lutas por reconhecimento acontecem em um contexto marcado profundamente por desigualdades sociais e degradação das condições materiais de existência, seja na saúde, educação, alimentação, moradia, saneamento, lazer, expectativa de vida e taxas de mortalidade, que ainda constituem uma pauta de alta relevância, tendo em vista que estamos longe de padrões de indicadores sociais tidos como ideais e justos (PINTO, 2008). É nesse ponto que Fraser é incisiva ao apontar o risco que o enfoque no reconhecimento em detrimento da redistribuição, suscitando preocupação, sobretudo, devido às frequentes e quase onipresentes sobreposições e ambivalências em que muitos dos que sofrem injustiças estão imersos.

Dito de outro modo, com o avanço do neoliberalismo, os grupos historicamente oprimidos seguem sendo vítimas de violações ou carências ou negações que envolvem tanto o âmbito socioeconômico quanto o campo do reconhecimento, em que nenhuma delas pode ser vista somente como proveniente ou efeito indireto da outra, ambas sendo primárias e originais. Essas pessoas/grupos são assim chamadas de “coletividades ambivalentes”, conceito segundo o qual os indivíduos sofrem injustiças das duas ordens, tanto redistributiva quanto de reconhecimento, sendo que nenhuma solução, ou “remédio” nos termos da autora, desses tipos aplicada isoladamente dará conta de resolver tal injustiça (FRASER, 2003).

Por isso, Fraser em sua tese central engloba tanto a redistribuição quanto o reconhecimento, concebendo como uma “concepção dual ou bidimensional de justiça”. Pressupõe a autora que ambos esses pressupostos devem ser ressignificados nas reflexões, de modo a serem pensados de forma articulada, deixando claro que:

[...] essa distinção entre injustiça econômica e injustiça cultural é analítica. Na prática, ambas estão interligadas. [...] longe de ocuparem esferas separadas, injustiça econômica e injustiça cultural normalmente estão imbricadas, dialeticamente, reforçando-se mutuamente. Normas culturais enviesadas de forma injusta contra alguns são institucionalizadas no Estado e na economia, enquanto as desvantagens econômicas impedem participação igual na fabricação da cultura em esferas públicas e no cotidiano. O resultado é frequentemente um ciclo vicioso de subordinação cultural e econômica (FRASER, 2001, p. 251).

A autora sugere, então, que a justiça demanda uma “paridade de participação”, onde ambos os eixos da bidimensionalidade de sua tese precisam estar satisfeitos para que essa seja alcançada. Dito de outro modo, os sujeitos precisam ter satisfeitos critérios de boa vida material dentro dos padrões ditados de sua realidade específica, mas também ter reconhecido suas singularidades culturais, que não podem ser estrutural e simbolicamente desprezadas e/ou desvalorizadas, para que esses estejam em situação de igualdade em qualquer debate ou arena de disputas (FRASER, 2013).

Honneth (2003), em seu turno, faz uma crítica à Fraser justamente por sua tese ser baseada em uma separação entre o material e o simbólico, e procura elaborar uma ligação entre esses. Em sua proposta de “teoria do reconhecimento”, busca trazer a distribuição como uma consequência do reconhecimento, dito de outro modo, a redistribuição está incluída no conjunto das prerrogativas que envolvem o reconhecimento. Em sua argumentação, o autor afirma que:

“a formulação conceitual do reconhecimento é de central importância hoje, não porque expressa os objetivos de um novo tipo de movimento social, mas porque ela tem provado ser uma ferramenta apropriada para categorialmente desvendar experiências sociais de injustiça como um todo” (HONNETH, 2003, p. 133).

A injustiça, para Honneth, está imbricada na forma como os atores percebem essa injustiça, argumentando que as lutas proletárias estiveram sempre profundamente marcadas pela identificação de injustiça como desrespeito. Dito de outro modo, não seria possível isolar as lutas por reconhecimento das lutas por redistribuição e atrelar esses dois princípios seria uma necessidade do próprio capitalismo para obter “uma legitimação racional através de um princípio generalizável de reconhecimento. Sua reprodução permanece dependente na base de um consenso moral” (HONNETH, 2003, p. 152).

O dilema redistribuição/reconhecimento no debate de políticas de saúde para populações específicas

Os movimentos que estiveram à frente das lutas pelo direito à saúde no Brasil e que elaboraram ativamente todo o delineamento para a política de saúde hoje vigente no SUS estiveram alinhados mais primariamente com os princípios de redistribuição, mas sensível às questões relacionadas ao reconhecimento. O próprio conceito de saúde presente nos textos afirma uma concepção ampliada, em que não se trata apenas da ausência de doenças, sendo produto da interação com os fatores de determinação social e acessos aos recursos necessários

para atingir o bem-estar, fatores que estão além dos serviços de assistência e abrangem todos os direitos de uma cidadania plena, em um Estado de Bem-Estar Social. Em se tratando de uma sociedade profundamente marcada pela desigualdade como a nossa, a admissão desse conceito de saúde afirma um compromisso com o combate amplo da pobreza, em todos os âmbitos, com vistas à emancipação.

A inclusão do conceito ampliado de saúde e afirmação desta como direito universal, em oposição ao modelo contributivo antes vigente, carrega nesse princípio de universalidade os componentes de um forte compromisso com a redistribuição, sendo, portanto, a política de saúde do SUS, um “remédio” para as injustiças de natureza redistributiva, como descrito por Fraser (2001; 2002; 2013).

Em seu arcabouço, o princípio doutrinário da equidade, em complementação ao princípio da universalidade, abre espaço para pensar uma política de igualdade de direitos com reconhecimento das singularidades dos sujeitos e dos seus modos de levar a vida, de forma a não eliminar as diferenças, mas afirmá-las positivamente em contextos que possam vir a serem reconhecidas e acolhidas pelo sistema de saúde. Dando resposta, pois, aos reclames por reconhecimento a partir desse remédio, em consonância com a bidimensionalidade da justiça apontada pela tese de Fraser.

É a partir desse eixo do reconhecimento que muitas políticas de saúde para populações específicas vêm sendo delineadas e, de forma ainda incipiente, postas em prática na práxis da atenção, buscando equalizar injustiças estruturais de grupos historicamente silenciados em suas necessidades em saúde. O reconhecimento está inscrito nas políticas de saúde direcionadas à população negra, LGBTQIA+, indígena, do campo, floresta e águas, dentre outras. Esses segmentos sociais, em suas demandas, buscam integrar nos serviços e ações de saúde o reconhecimento de suas singularidades e o direcionamento das práticas para que respostas mais adequadas e resolutivas venham a ser efetivadas a partir da afirmação e reconhecimento de suas identidades, enquanto fator de determinação social da saúde.

Os segmentos sociais que buscam políticas direcionadas, geralmente, sofrem com questões de natureza tanto distributiva quanto no âmbito do reconhecimento. Essas disposições sociais que reproduzem indiferença e discriminação fazem com que determinados sujeitos e grupos sejam tratados de maneira negativamente diferenciada e sejam alvo de dominação simbólica nos serviços de saúde. Posturas dessa natureza tem a tendência de alijar dos sujeitos o poder decisório sobre condutas direcionadas aos seus corpos e seu modo de levar a vida e saúde, chegando, em casos extremos, a se expressar não somente pela violência simbólica, mas também explícita, que atinge as pessoas e grupos de maneira diferenciada.

Nesse sentido, a partir da tese de Fraser, ao criticar de um lado o economicismo, que vê como suficiente, para um referencial de justiça, a redistribuição de bens sociais mensuráveis economicamente, e de outro o culturalismo, que vê no reconhecimento da identidade e da di-

ferença de determinados grupos o grande eixo de uma ordem justa, é pertinente para analisar as políticas de saúde do SUS, uma vez que essa via busca desenvolver ações multidimensionais. Apenas aliando esses dois parâmetros, reconhecimento e redistribuição, e constatando a insuficiência dos canais tradicionais para a manifestação das demandas no interior desses dois parâmetros, é possível alcançar a justiça frente a situações de complexidade, em sociedades marcadas por desigualdades de caráter multidimensional.

Fraser incluiu ainda a representação como um terceiro elemento da justiça social, que remete à preocupação com a existência de mecanismos por meio dos quais sejam canalizadas demandas que não têm possibilidade de se manifestar nas estruturas institucionais tradicionais, uma vez que certas fontes de injustiça, a exemplo das desigualdades de gênero, são transnacionais. Sobre esse aspecto, o arcabouço jurídico do SUS garante, por meio do princípio organizativo, a participação social com paridade em conselhos instituídos nas três esferas de governo, assim como em conselhos de gestão de serviços de saúde, a partir dos quais esses segmentos podem estar representados por meio de grupos da sociedade civil organizada para garantir a efetivação de seus direitos.

Nesse ponto, cabe ressaltar que nos embates envolvendo as questões de redistribuição e reconhecimento, quando analisados estritamente a partir das lentes dessa primeira vertente, tendem a considerar as questões identitárias como provocadoras de ruídos sociais de conflito. Contudo, os movimentos sociais relacionados às desigualdades estruturais não se constituiriam sem que existissem sujeitos empoderados e conscientes de suas características singulares, mobilizados em torno de uma luta para dirimir as iniquidades provenientes de disposições que culturalmente lhes foram impostas, a partir da construção de hierarquias que promovem desvantagem social e institucional sistematicamente. Apenas com um passo anterior, que só pode ser alcançado pelo remédio da afirmação identitária intersubjetiva, as pessoas podem sentir-se em situação de paridade e potencial para ascender ao ponto da luta consciente pela dissolução dessas desigualdades.

Considerações finais

As reflexões de Fraser apontam não somente os termos a partir dos quais a justiça social pode ser alcançada, mas advogam pela necessidade de superar uma antítese falaciosa entre reconhecimento e distribuição, apontando para um conceito ampliado de justiça que agrega o caráter emancipatório de ambos os paradigmas. Nesse sentido, políticas de saúde direcionadas para populações específicas não deveriam ser compreendidas com o simplismo da ideia de focalização, uma vez que em geral emergem da luta de atores sociais pela afirmação de suas características como determinantes sociais da saúde, seja de maneira a valorizá-las cultural-

mente, seja para que esse reconhecimento venha no sentido de combate a essa condição, como no caso da pobreza material.

A questões levantadas pelo dilema entre redistribuição e reconhecimento, para a compreensão do direito universal e equânime à saúde, oferecem, sobretudo, elementos para analisar os desafios e tortuosos caminhos que são percorridos para que as políticas sociais, após serem delineadas e publicadas, possam ser efetivamente implementadas e praticadas no cotidiano das ações e práticas em saúde. Esse desafio é de grande dimensão, pois envolve estruturas de poder econômico e cultural estruturadas e estruturantes, não somente nas instituições, mas também nas relações intersubjetivas de sujeitos que estão na ponta do sistema e que tendem a reproduzir, em suas práticas, as iniquidades enraizadas profundamente em nossa sociedade.

Referências

BOLTANSKI, L.; CHIAPELLO, E. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

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

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3831, 2017.

FRASER, N. Reconhecimento sem ética? *Lua Nova* 2007; 70:101-138

_____. “Redistribuição ou reconhecimento? Classe e status na sociedade contemporânea”. In: **Interseções – Revista de Estudos Interdisciplinares**. UERJ, ano 4, n.1, 2002.

_____. **Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista**. In Sousa, J. Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea. Brasília: Editora Universidade de Brasília, p. 245-282, 2001.

FRASER, N.; HONNETH, A. **Redistribution or Recognition? – A political-philosophical exchange**. New York e London: Verso, p. 133, 2003.

HONNETH, A. “**Redistributions as Recognition: A Respose to Nancy Fraser**”. In FRASER, Nancy e HONNETH, Axel (trad. Joel Gob, James Ingram e Christiane Wilke). **Redistribution or Recognition? – A political-philosophical exchange**. New York e London: Verso, p.

133, 2003.

PINTO, C. R. J. Nota sobre a controvérsia Fraser-Honneth informada pelo cenário brasileiro. **Lua nova: revista de cultura e política**. São Paulo. n. 74, p. 35-58, 2008.

SANTOS B. S. Direitos Humanos: o desafio da interculturalidade. **Revista Direitos Humanos**. n.2, p. 10-18, 2009.

SEÇÃO 4 – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

CAPÍTULO 14 – A PANDEMIA DA COVID-19 E A SAÚDE DAS CRIANÇAS

Cristiane da Silva Ramos Marinho

Silvana Alves Pereira

Maria Ângela Fernandes Ferreira

Introdução

Em dezembro de 2019 foi descoberto o SARS-CoV-2 (coronavírus 2), vírus de rápida transmissibilidade, infectividade e contaminação (ZHU et al, 2019). Desde então, importantes alterações no padrão de comportamento humano foram observadas, além de consequências inimagináveis nas vidas das pessoas e na economia mundial. O SARS-CoV-2 foi identificado inicialmente na cidade de Wuhan, na China, desencadeando, na sequência, uma emergência internacional que culminou com a pandemia do COVID-19, nome denominado a doença causada pelo novo coronavírus (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Um ano após a identificação dos primeiros casos de contaminação por COVID-19, haviam sido confirmados 80.351.598 casos de COVID-19 no mundo, dos quais, 18.982.634 eram nos Estados Unidos - o país com o maior número de casos acumulados, 10.187.850 na Índia e 7.465.806 no Brasil (BRASIL, 2020a). Desde então, iniciou-se um árduo processo de estruturação da rede hospitalar, em face da distribuição crescente e exponencial dos casos, acompanhando o comportamento geral da pandemia no país.

A ausência de conhecimento científico aprofundado sobre o novo coronavírus, sua alta velocidade de disseminação, virulência e capacidade de provocar mortes, colocaram o mundo em “cheque”, gerando incertezas quanto às melhores estratégias para o enfrentamento da pandemia. Nos países periféricos, como o Brasil, com uma população em situação de extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego, enorme desigualdade social, em que milhares de pessoas vivem em condições precárias de habitação e saneamento, desprovidas de acesso sistemático à água e em situação de aglomeração, a epidemia da COVID-19 agrava a situação do país. Ademais, a crise econômica acentuada pela aprovação da *Emenda Constitucional n° 95*, que impõe radical teto de gastos públicos, ocasionando um crescente e intenso estrangula-

mento dos investimentos em saúde e pesquisa, agudiza a situação e aumenta o desafio para se controlar a pandemia (WERNECK; CARVALHO, 2020).

A mortalidade e a letalidade da COVID-19 estão relacionadas à presença de fatores de risco e comorbidades, dentre os quais se destacam: problemas respiratórios, renais, hematológicos e hepáticos, diabetes, hipertensão, obesidade, idade avançada, imunossupressão, sendo assim, fatores preditores para o aumento do risco de morte (BANSAL, 2020). Em meados de 2020 identificou-se um crescimento proporcional da infecção em crianças, mesmo diante de limitados dados agregados em populações pediátricas quanto a COVID-19 (LUDVIGSSON, 2020).

Entendendo que os efeitos da pandemia também recaem sobre esse grupo gerando impactos negativos na saúde e no bem-estar das crianças, como também da importância de informações que venham a contribuir com o controle da epidemia da COVID-19 nos diferentes grupos e em todo o território nacional, o presente capítulo pretende contribuir com discussão sobre a influência da pandemia na saúde das crianças.

Características clinicoepidemiológicas da COVID-19 em crianças

A COVID-19 apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a OMS, aproximadamente 80% dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e apenas 20% dos casos detectados costumam necessitar de algum tipo de atendimento hospitalar. Dentre os sintomas mais comuns apresentados pelo paciente destacam-se: tosse, febre, coriza, dor de garganta, dificuldade para respirar, perda de olfato (anosmia), alteração do paladar (ageusia), distúrbios gastrintestinais (náuseas/vômitos/diarreia), cansaço (astenia), diminuição do apetite (hiporexia) e falta de ar (dispneia) (BRASIL, 2020b).

Em adultos, a COVID-19 se caracteriza por acometer principalmente o sistema respiratório, podendo evoluir em casos mais graves para a pneumonia e síndrome respiratória aguda grave. Em relação às crianças, pode-se observar que é um grupo que raramente experimenta as formas graves da doença. Assim, na maior parte das vezes, as crianças são portadoras do vírus de forma assintomática, o que não as isenta de transmitir a doença mesmo quando não apresentam manifestações clínicas (SAFADI, 2020). Associado a isso, as frequentes mutações que o vírus vem sofrendo pode vir a torná-lo mais virulento em crianças.

As razões para o risco muito menor das formas graves de COVID-19 em crianças quando comparadas às faixas etárias mais idosas permanecem incertas e várias hipóteses foram levantadas para explicar esse fenômeno. Algumas hipóteses já sugerem que possa ter relação com os diferentes padrões de respostas imunológicas entre as idades. Nesse sentido, acredita-se que as crianças tenham uma resposta qualitativamente diferente ao vírus SARS-CoV-2 quan-

do comparadas aos adultos (BRODIN, 2020). Outra hipótese é que o crescimento do SARS-CoV-2 nas crianças encontra-se limitado em função da presença de outros vírus simultâneos na mucosa dos pulmões e das vias aéreas, o que gera uma competição direta vírus-a-vírus (NICKBAKSH; MAIR; MATTHEWS, 2019). No entanto, continua a existir uma falta de clareza quanto aos padrões epidemiológicos e clínicos da COVID-19, especialmente entre crianças. Dessa forma, o conhecimento das características clinicoepidemiológicas da doença nesse grupo é de extrema importância para diagnóstico e adequado tratamento, além de favorecer a elaboração medidas claras e eficientes que venham a contribuir com o controle da pandemia.

O crescimento exponencial da COVID-19 associado à inexistência de testes em número adequado dificultou a estimação da verdadeira carga da doença, desencadeando subnotificações dos números de casos reais em todo o mundo. Acrescido a isso, a identificação dos casos de COVID-19 em crianças encontra agravante na ausência de sintomatologia, e na dificuldade para a realização dos testes em crianças, em especial o RT-PCR, que é considerado o padrão ouro, comprometendo a estimação da verdadeira carga da doença em crianças e favorecendo o desconhecimento real dos números de casos da COVID-19 neste grupo. Para minimizar esse efeito, a OPAS e OMS (2020) recomendam a inclusão de exames específicos de imagem, juntamente com a monitorização dos parâmetros vitais, dos níveis de troponina, dos marcadores da resposta inflamatória, além do acompanhamento dos sintomas gastrointestinais na população pediátrica.

Reitera-se que embora a maior parte das crianças não apresente sintomatologia para a COVID-19, as manifestações clínicas na faixa etária pediátrica podem envolver quaisquer aparelhos e sistemas, inclusive podendo desencadear óbitos. Quando presentes, os sintomas mais frequentes são os respiratórios, além dos gastrointestinais. Dentre os respiratórios, destacam-se os do resfriado comum/infecção das vias aéreas superiores: coriza, tosse, obstrução nasal, odinofagia, prurido nasal, faringite com ou sem febre e laringite. É possível ainda que a infecção acometa o trato respiratório inferior, situação em que irá desencadear manifestações semelhantes aos quadros clássicos de pneumonia, bronquite, laringotraqueobronquite e bronquiolite. Dispneia, taquipneia, hipoxemia, broncoespasmo, insuficiência respiratória e, em alguns casos, com injúria pulmonar aguda (síndrome da angústia respiratória aguda). Recentemente foram descritas as síndromes inflamatórias associadas à COVID-19 (FIOCRUZ, 2020).

Ainda segundo a Fiocruz (2020) qualquer faixa etária em que as crianças ou adolescentes se encontrem estarão susceptíveis à infecção pelo SARS-CoV-2, alertando para o grupo composto por lactentes e crianças em idade pré-escolar como o que possui uma probabilidade aumentada para as manifestações clínicas graves da COVID-19, quando comparada às crianças mais velhas.

Portanto, as crianças também são suscetíveis à infecção por SARS-CoV-2, representando uma fonte substancial de infecção na comunidade, podendo desempenhar um papel de vetor

na transmissão viral (SAFADI, 2020). Assim, torna-se essencial para investigação determinar o papel das crianças na cadeia epidemiológica da transmissão da COVID-19.

Efeitos diretos e indiretos da COVID-19 na saúde das crianças

Na tentativa de se controlar a pandemia da COVID-19, observou-se em diversos países a adoção de um dos mais antigos métodos para controle e redução de contágio, a quarentena, que conseqüentemente provocou mudança repentina na rotina dos adultos, jovens e crianças (RICHTER et al., 2021). Essa nova realidade, desencadeou numerosos efeitos diretos e indiretos, que resultaram em impactos devastadores na saúde e no bem-estar das crianças, em função das medidas adotadas para o enfrentamento da pandemia, como o distanciamento e o isolamento social (FIOCRUZ, 2020). Com o avanço da pandemia esses efeitos tornaram-se mais evidentes. De acordo com a FIOCRUZ os principais efeitos indiretos são (2020, p.7):

- Prejuízos no ensino, na socialização e no desenvolvimento, visto que creches, colégios, escolas técnicas e de idiomas, faculdades e universidades tiveram que ser fechadas.
- O afastamento do convívio familiar ampliado, com amigos e com toda rede de apoio agravando vulnerabilidades.
- O estresse (e sua toxicidade associada) afeta enormemente a saúde mental de crianças e adolescentes, gerando um claro aumento de sintomas de depressão e ansiedade.
- Aumento da violência contra a criança, o adolescente e a mulher, e a conseqüente diminuição da procura pelo atendimento aos serviços de proteção.
- Quedas nas coberturas vacinais em todo o mundo, levando a efeitos devastadores em conquistas de anos de investimento e planejamento na erradicação e diminuição de doenças imunopreveníveis.
- Queda na cobertura de programas de triagens universais, como o Teste do Pezinho
- Aumento da epidemia de sedentarismo e obesidade.
- Exagero no uso de mídias/telas, como televisão, computadores, tablets e smartphones.
- Crianças e adolescentes sofrem as conseqüências do enorme impacto socioeconômico nas famílias, com aumento do desemprego e impossibilidade de trabalho para serviços não essenciais.
- Aumento da fome e do risco alimentar em parte pelo fechamento das escolas e das creches além de perdas nas receitas familiares.
- Impedimento da circulação da população e dos meios de transporte para serviços não essenciais, aliados ao medo da COVID-19 e a recon-

figuração dos sistemas de saúde geraram uma redução no acesso aos serviços tanto da Atenção Primária quanto da Atenção Especializada, incluindo a redução de cirurgias eletivas e até mesmo tratamentos oncológicos e de cuidados de emergências em saúde.

Diante do avanço da pandemia, muitas famílias se viram obrigadas a realizarem adaptações em suas casas para recriar condições de trabalho, de escola e de lazer. No entanto, em face das diferentes realidades vivenciadas pelas famílias, a gestão desses espaços nem sempre possibilitou a manutenção de condições de conforto e privacidade adequadas às necessidades de cada membro da casa. Dessa forma, para algumas crianças, o confinamento pode ter favorecido um agravamento significativo do seu contexto social e estado emocional, uma vez que condições adversas presenciadas em sua residência, que poderiam ser parcialmente mitigadas durante o tempo que passam na escola ou em atividades extracurriculares, foram acentuadas (MIRANDA et al., 2020). Por outro lado, o confinamento imposto pela pandemia da COVID-19 também foi associado ao aumento dos indicadores de bem-estar em crianças mais novas, devido ao aumento do tempo passado em família (ELLIS et al., 2020).

Estudo acerca do confinamento gerado pela pandemia da COVID-19 com 220 milhões de crianças e adolescentes chineses, incluindo 180 milhões de estudantes de escolas primárias e secundárias e 47 milhões da pré-escola, evidenciou impactos psicológicos importantes decorrentes dos estressores a que as crianças e adolescentes estão sujeitos, tais como duração prolongada do confinamento, falta de espaço pessoal em casa, frustração, tédio, informações inadequadas, falta de contato pessoal com colegas, amigos e professores, medo de infecção e a perda financeira da família (WANG et al., 2020).

Além disso, o isolamento no ambiente familiar causa perda de referências externas do contexto ampliado (escola), requerendo vigilância redobrada da organização interna (casa). Para tanto, as famílias podem ser auxiliadas no enfrentamento das adversidades por meio do fortalecimento dos relacionamentos, autonomia e senso de competência das crianças e adolescentes (LINHARES; ENUMO, 2020).

Um outro problema evidenciado pelas medidas prolongadas de contenção da COVID-19, advindas do confinamento e isolamento social, foi a alteração do sono das crianças, diante da suspensão da rotina escolar. Esta contribui para uma rotina de sono, a partir do momento que faz com que as crianças acordem em horários regulares, como também lhes estimula a dormir mais cedo. Além disso, a escola contribui para a manutenção de alunos ativos durante o dia, em face da estimulação mental e física, possibilitando que, à noite, eles estejam mais relaxados e calmos, e, conseqüentemente, possam desfrutar de uma melhor noite de sono. A quebra dessa rotina gerou perturbação dos hábitos do dia a dia, que normalmente servem como reguladores dos ritmos do sono-vigília, comprometendo diretamente o bem-estar físico e men-

tal desse grupo (RICHTER et al., 2021).

Pesquisas de inquéritos populacionais ratificam a importante premissa que apesar de crianças se apresentarem como um grupo menos suscetível às formas clínicas graves da COVID-19, no entanto, não são indiferentes ao seu impacto, especialmente quando levado em consideração a dimensão mental (WANG et al., 2020).

Considerações finais

Ainda teremos que trilhar um longo caminho para conseguirmos resolver o problema da pandemia da COVID-19, portanto, faz-se necessário uma atenção especial para todos os envolvidos na cadeia epidemiológica de transmissão da doença, alertando para a necessidade de enxergar as crianças como importantes atores nesse processo de transmissão. Além disso, não podemos desconsiderar a relevância deve ser dada a compreensão aprofundada da doença, de seus fatores de risco e complicações, para que possam ser elaboradas estratégias de contenção e erradicação da COVID-19. Para isso, precisamos incluir as crianças como um grupo importante para a interrupção do curso da doença.

Destacamos ainda que a saúde, de acordo com a Constituição Federal, é um direito de todos e dever do Estado, assim, a avaliação e acompanhamento dos impactos da COVID-10 sobre a vida das crianças não devem ser menosprezados.

Por fim, ressaltamos a necessidade de investimento em políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da ciência e tecnologia, manutenção do Sistema Único de Saúde e garantia da proteção social, para que possamos superar essa crise e estar preparados para possíveis emergências que venham a cometer a sociedade e a colocar em risco o direito à vida, tanto de crianças, quanto de adolescentes, adultos e idosos.

Referências

BANSAL, M. Cardiovascular disease and COVID-19. **Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews**, v.14, n.3, p:247–250. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.03.013>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**. Semana Epidemiológica 52 (20 a 26/12/2020). 2020a. Acesso em 10 jan. 2021 Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/30/boletim_epidemiologico.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a Doença [COVID-19]**. 2020b . Acesso em 13 jan. 2021. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>.

BRODIN P. Why is COVID-19 so mild in children? **Acta Paediatr.**, v.109, n.6, p:1082-3, 2020. <https://doi.org/10.1111/apa.15271>

ELLIS, W.E.; DUMAS, Tara M.; FORBES, Lindsey M. Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. **Canadian Journal of Behavioural Science**. v.52, v.3, p:177–187, 2020. <https://doi.org/10.1037/cbs0000215>

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente**. Ago., 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-saude-crianca-e-adolescente>.

HEATHER J.Z et al. Challenges of COVID-19 in children in low- and middle-income countries, **Paediatric Respiratory Reviews**. v.35, p:70-4, 2020. ISSN 1526-0542, <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2020.06.016>.

LINHARES, M.B.M; ENUMO, S.R.F. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 37, e200089, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100510&lng=en&nrm=iso>. access on 08 May 2021. Epub June 05, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089>.

LUDVIGSSON J.F. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. **Acta Paediatr**; v.109, p:1088–1095, 2020. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.15270>

MIRANDA, D.M et al. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents?. **International journal of disaster risk reduction**. v. 51, n. 101845, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>

NICKBAKSH, S et al. Virus-virus interactions impact the population dynamics of influenza and the common cold. **PNAS**. v.116, n.52, p: 27142-27150, 2019. <https://doi.org/10.1073/>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes com a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19)** [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2020 [acesso em 2020 set 19]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52176>

RICHTER A.S et al. Como a quarentena da COVID-19 pode afetar o sono das crianças e adolescentes?. **Resid Pediatr.** v.11, n.1, p:1-5, 2021. DOI: 10.25060/residpediatr-2021.v11n1-429

RIO GRANDE DO NORTE. Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico Coronavírus (COVID-19)** – Edição especial- Semana Epidemiológica 52. 2020. Acesso em 13 jan. 2021. Disponível em: <https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/medidas/boletins epidemiologicos/>

SAFADI, M.A.P. As características intrigantes da COVID-19 em crianças e seu impacto na pandemia. **J. Pediatr. (Rio J.)**. v. 96, n.3, p.265-268, 2020. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.04.001>

WANG, G. et al. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. **The Lancet.** v.395, n.10228, p.945-947, 2020. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)

WERNECK, G.L; CARVALH, M.S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 36, n. 5 [Acessado 15 Jan 2022], e00068820. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [Internet]**. Geneva: WHO; 2020 Acesso em: 10 jan 2021. Disponível em: <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/COVID-19.2020c>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **O Observatório Mundial da Saúde.** <https://www.who.int/data/gho/data/countries>

ZHU Na et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med.** v.82, p.727-33, 2020.

CAPÍTULO 15 - EXPOSIÇÃO AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA: UM OLHAR SOBRE OS ASPECTOS ÉTNICO-RACIAIS

Katarina Márcia Rodrigues dos Santos

Isabelle Ribeiro Barbosa

Introdução

A adolescência é a fase compreendida entre a infância e idade adulta, caracterizada pelo intenso desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, na qual comumente ocorre a formação dos padrões de comportamento – dieta, atividade física, uso de substância e atividade sexual, portanto, importante momento para formação de uma boa base em saúde, sendo necessário informações, inclusive sexual, de forma ampla e apropriada para a idade para um desenvolvimento saudável. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta fase é compreendida dos 10 aos 19 anos (WHO, 2021), e para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é compreendida entre 12 a 18 anos de idade (ECA, 2017).

Os adolescentes compõem um sexto da população global, o que representa 1,2 bilhão de indivíduos. A cada ano morrem cerca de 1,1 milhão de adolescentes, sendo principalmente mortes causadas por acidentes de trânsito, suicídio e violência interpessoal. Muitos destes óbitos por doenças e lesões significativas são evitáveis ou tratáveis; a mortalidade e morbidade dos adolescentes variam por sexo, idade e região geográfica (WHO, 2021). No Brasil, esta população é estimada em 21 milhões de indivíduos, representando 11% da população total, sendo o país com maiores casos de homicídios entre os 10 e 19 anos e mais evidente entre negros (ASSIS et al., 2020).

Embora o ECA busque garantir direitos referentes à vida, saúde, alimentação, educação, dignidade, respeito, liberdade, esporte entre outros, colocando como dever da família, sociedade em geral e estado e ainda, proteger contra negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, prometendo ainda, punição a atentado, ação ou omissão àqueles que descumpram os direitos fundamentais (ECA, 2017), em 2017, 12,8% dos adolescentes entre 15 e 17 estavam fora da escola e houve evasão de 6,1% no ensino médio, principalmente em decorrência da pobreza, violência e gravidez (ASSIS et al., 2020).

Apesar dos avanços nas políticas públicas, sua formulação tem como base o saber técnico, verticalmente, sem considerar as subjetividades e a autonomia, questões culturais, sociais e de gênero. A compreensão da pluralidade desta fase, assim como da diversidade do país, se faz necessário para o enfrentamento das desigualdades sociais, étnicas e geográficas, com vistas a reduzir a pobreza, exploração e exposição ao álcool e outras drogas e incentivo a alimen-

tação saudável (ASSIS et al., 2020) e a prática de atividade física, que é considerado um fator protetor para redução das condições crônicas (REIS et al., 2018).

Este capítulo foi realizado por meio de estudo qualitativo, através de revisão nas principais bases de dados, tendo como objetivo, explicitar e discutir os comportamentos de riscos entre os adolescentes e a simultaneidade destes comportamentos, relacionando os fatores de proteção e de risco para o desenvolvimento destas condutas, bem como, analisar os impactos das questões socioeconômicas, e ainda, verificar as repercussões das questões étnico raciais na formação destes indivíduos, quanto a qualidade de vida, acesso e oportunidades. Deste modo, traçando um perfil epidemiológico que venha a contribuir na discussão e formulação de políticas públicas de intervenção, que possibilite a redução as desigualdades sociais e das iniquidades em saúde.

Comportamentos de risco à saúde na adolescência

A explicação em torno da tendência de adolescentes apresentarem uma maior inclinação na adoção de comportamentos de risco a saúde perpassa pelas mudanças fisiológicas e no desenvolvimento do cérebro. Diante disso, um ponto importante que deve ser destacado é que a imaturidade do córtex pré-frontal se apresenta como uma das principais vias para explicar essa propensão na tomada de decisões arriscadas durante a adolescência, entretanto, outros fatores relacionados ao contexto podem interferir (SMITH; CHEIN; STEINBERG, 2013).

Reforçando essas evidências, Somerville, Jones e Casey (2010) relatam que a vulnerabilidade em tomar decisões arriscadas por parte dos adolescentes pode ser explicada pelo desenvolvimento substancial e mais rápido das regiões subcorticais (amígdala e o estriado ventral) e uma relativa imaturidade das regiões pré-frontais que são responsáveis por comandar o funcionamento executivo.

Dentre os agravos nesta fase, o consumo de álcool e outras drogas, bullying, exploração sexual e trabalhista, as faces da violência, distúrbios mentais, negligência e miséria, são as mais recorrentes (ASSIS et al., 2020). Além destes agravos, o desejo de pertencimento aos grupos sociais impulsiona os comportamentos de risco. Estes comportamentos de riscos são motivados por questões multifatoriais, seja por características físicas, sociais, econômicos e culturais e ainda, pela falta de acesso a saúde e informação (MACDONALD et al., 2018).

O consumo de álcool em 2016 no mundo, por exemplo, teve uma prevalência de 13,6% entre os adolescentes de 15 a 19 anos, indicando que 1 em cada 4 das pessoas entre 15 e 19 anos bebiam, representando 155 milhões de adolescentes submetidos a este fator de risco sendo os homens o grupo mais expostos (WHO, 2021). O álcool é a droga mais consumida por adolescentes, representando um agravo à saúde pública mundial, pois os danos a longo prazo atingem

a escolarização, o trabalho, e de forma imediata, o desenvolvimento de comportamentos de risco, seja no trânsito e violência – interpessoal, sexual e doméstica (CARVALHO et al., 2017).

Em relação à exposição ao álcool, o consumo precoce aumenta a probabilidade de consumo exagerado na fase adulta, o risco à dependência e demais agravos para a saúde (MOURA et al., 2018). No Brasil, embora não seja permitida a venda de bebida alcoólica entre os menores de 18 anos, a inicialização tem ocorrido cada vez mais cedo. Na Ásia, a prevalência do consumo entre os adolescentes varia entre 2,6% a 15,6% e nas Américas, de 25% a 51% (CARVALHO et al., 2017).

Dentre as drogas psicoativas, a *cannabis* é a mais consumida entre as pessoas com 15 e 16 anos, representando 4,7% destes. Sobre o tabaco, mundialmente 1 em cada 10 adolescentes entre 13 e 15 anos faz uso desta substância. Ressalta-se que há regiões onde este número é mais expressivo (WHO, 2021); o tabaco ainda, é a considerada a principal causa de morbimortalidade evitável em todo mundo, os adolescentes são apontados como sendo a população de maior predisposição a inicialização do tabagismo, a prevalência de escolares tabagistas foi de 17,9% na Europa, 17,5 % na América, tendo uma prevalência global de 8,9% (URRUTIA et al., 2017).

Essa prática, além das outras formas de tabagismo (cigarro eletrônico/vape, narguilé), é motivada pelas relações sociais (convívio pais e colegas fumantes) e busca de pertencimento (KLEIN et al., 2021), a escolha destes se dá pelo status social e pela idealização equivocada de serem menos prejudiciais que os cigarros convencionais, contudo, os charutos/cigarrilha e cigarro mentolado, também estão entre os mais consumidos pelos adolescentes (RIBEIRO et al., 2019).

Outro fator imprescindível é a alimentação saudável em todas as fases da vida, mas especialmente para crianças e adolescentes. Em 2016, a anemia ferropriva foi a 2ª causa de anos perdidos por morte e invalidez entre os adolescentes (WHO, 2021). A deficiência de ferro e vitamina A o excesso de níveis de iodo, em decorrência da ingestão elevada de sal tem sido prevalente, e em grupos vulneráveis socioeconomicamente e étnico-raciais a desnutrição crônica tem persistido, e em alguns grupos populacionais, as carências nutricionais coexistem, imputando maior risco de morbimortalidade (FURTADO et al., 2019).

Por outro lado, o tema da obesidade é uma questão de saúde pública em muitos países, pois 1 em cada 6 adolescentes entre 10 e 19 anos estava com sobrepeso em 2016 (WHO, 2021). Este fator foi afetado pela chamada transição nutricional, com consumo de alimentos com baixos níveis nutricionais, devido a facilidade no acesso a alimentos ultraprocessados (SANTOS et al., 2019), este último é apontado como um dos motivos para a pandemia da obesidade e das condições crônicas (OLIVEIRA et al., 2017).

O excesso de peso incitado pela redução do esforço físico, diminuição do gasto energético e consumo de industrializados, estes motivados pelas mudanças nos padrões demográficos

e sociais, demonstrando a associação entre corpo, saúde e sociedade (FURTADO et al., 2019). Somando-se a estes fatores, na adolescência ainda, ocorrem alterações metabólicas do tecido adiposo, sendo uma fase delicada podendo agravar a obesidade (CASTRO et al., 2018). Além das implicações na saúde de forma geral, a síndrome metabólica, como a obesidade é descrita, atinge a autoestima dos adolescentes, comprometendo as relações interpessoais e desempenho escolar (SANTOS et al., 2019).

A dieta pobre ou ainda com significativa densidade energética, associado à inatividade física, tem implicado no perfil epidemiológico ao longo dos anos, sendo cada vez mais frequente a desnutrição, o sobrepeso e a obesidade, além de outras condições crônicas (CASTRO et al., 2018). Estes sofrem influência da utilização excessiva das atividades de tela (games, televisão, computador, celular), e elevado consumo de alimentos industrializados e com alta densidade energética (CASTRO et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2017).

A tecnologia e comunicações digitais têm mudado o modo de viver das pessoas, seu trabalho, estudo, viagem e lazer; em muitos países, crianças e adolescentes tem dispensando bastante tempo em atividades sedentárias, principalmente para o entretenimento, no entanto, se recomenda a limitação do tempo destas atividades e em especial o uso de tela recreativa, tendo em vista, que o aumento deste comportamento sedentário no mundo tem alterado os padrões das atividades físicas, havendo associação negativa com o bem-estar e qualidade de vida (WHO, 2020).

Contudo, intervir no perfil alimentar e nutricional acompanhando as tendências temporais é um grande desafio das políticas públicas, numa população com existência de carências nutricionais e ao mesmo tempo sobrepeso e obesidade (FURTADO et al., 2019). A atividade física tem sido apontada como fator preventivo não apenas da obesidade, mas das morbidades decorrentes dela, como osteoporose, diabetes, depressão e doenças cardiovasculares (CASTRO et al., 2018).

A atividade física aplicada regularmente, em crianças e adolescentes, está associada com benefícios a saúde cardiometabólica, como melhoria da pressão arterial, perfil lipídico, controle glicêmico, e resistência à insulina e estima-se que 4 em 5 milhões de óbitos ao ano seriam evitadas se a população fosse mais ativa, sendo a inatividade física, portanto, apontada como um dos principais motivos para a mortalidade em todo mundo (WHO, 2020) A inatividade física tem alta prevalência e é maior entre o sexo feminino, e dados mundiais revelam que apenas um em cada cinco adolescentes atende as recomendações globais de atividade (WHO, 2021; WHO, 2020),

A literatura evidencia que ações de promoção à saúde e prevenção dos fatores de risco modificáveis (tabagismo, etilismo, nutrição e sedentarismo) podem contribuir para redução da carga das doenças crônicas (OLIVEIRA-CAMPOS; SOUZA, 2018), que em detrimento aos

recursos e equipamentos requeridos a longo prazo, tornam-se um problema de saúde pública, visto a sobrecarga do sistema (COSTA et al., 2020).

Um olhar sobre os aspectos étnico-raciais e a saúde dos adolescentes

O retrato das disparidades étnico-raciais no Brasil percorre temas essenciais às condições de vida: no mercado de trabalho, por exemplo, 68,6% dos cargos gerenciais pertencem aos brancos, havendo ainda diferenças nos rendimentos por raça. Sobre a distribuição de renda e condições de moradia, 32,9 % das pessoas que estão abaixo da linha de pobreza é de pretos ou pardos e 15,4% de brancos; a taxa de homicídio por 100 mil jovens entre 15 a 29 anos é de 98,5 óbitos a cada 100 mil entre pretos e pardos enquanto entre brancos é de 34 óbitos a cada 100 mil. Em relação a representatividade política, é de 75,6% dos brancos, enquanto pretos e pardos correspondem a 24,4%, reproduzindo desvantagens e vulnerabilidade econômica e social, como consequência da segmentação histórica do país (IBGE, 2016).

As desigualdades étnico-raciais e o racismo estrutural ocorrem de forma sistemática, sendo barreiras para o acesso aos serviços básicos de forma universal, integral e igualitária, gerando agravos injustos e evitáveis, impactando na condição de vida desta população, que são piores quando comparados com os brancos, seja no acesso aos serviços de saúde, gravidez, partos e seus riscos de complicações, e mortalidade por causas externas e infantis, são ainda a população com maior grau de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e consumo excessivo de álcool quando comparados com os brancos, favorecendo o surgimento de morbidades (SANTOS et al., 2017).

A população negra tem apresentado maior prevalência das DCNT quando comparados com os brancos, a exemplo, a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus correspondem a 44,2% e 12,7 respectivamente entre pretos e pardos, já entre os brancos, são de 22,1% e 6,7% (SANTOS et al., 2017), ou seja, a falta de acesso aos serviços de saúde, informação de qualidade e condições dignas de existência, imputam comportamentos de risco a esta população.

Ao analisar as taxas de mortalidade em virtude de alguns dos comportamentos de risco já citados e sua distribuição entre os grupos étnicos, o percentual de morte por uso de álcool entre os pretos é de 5,93 óbitos a cada 100 mil adolescentes, entre os pardos 3,89 óbitos a cada 100 mil adolescentes, entre os brancos 2,60 óbitos a cada 100 mil adolescentes e amarelos 0,86 óbitos a cada 100 mil adolescentes, e quando se trata de sofrimento mental, a taxa de mortalidade por suicídio em 2016 foi de a cada 10 adolescentes que cometeram suicídio, 6 são negros (ABRASCO, 2021).

Ainda sobre a mortalidade, a taxa de homicídio entre adolescentes no Brasil é mais que o dobro entre os negros: em 2012, dos 56 mil homicídios ocorridos no Brasil, 30 mil foram de jovens entre 15 e 29 anos e 77% destes eram negros, representando cerca de 3 mortes de jovens negros a cada hora. O racismo, portanto, tem se mostrado como o determinante social em saúde que mais impacta negativamente os indicadores de saúde desta população, ampliam as desigualdades sociais, a vulnerabilidade e iniquidades em saúde (BRASIL, 2017).

Uma análise sobre a densidade racial evidenciou que nas regiões onde predominam pretos e pardos persistem as piores condições de saúde e qualidade de vida e são melhores onde predominam os brancos, no entanto, residir onde seu grupo racial é predominante, apresentou melhores condições de saúde, quando comparados com aqueles que moram em áreas onde são minoria, talvez pelo suporte comunitário e a rede de apoio social (OLIVEIRA; LUIZ, 2019).

Os afrodescendentes estão mais sujeitos a pobreza, tendo um risco mais elevado de pobreza profunda quando comparados com a população geral, apresentando maior probabilidade de viver em pobreza, ter morte prematura, apresentar piores condições de saúde, de serem vítimas de violência, ter seus direitos violados, menor acesso à educação e menos oportunidade de trabalho quando comparados com os brancos. Essa estrutura social desigual é explicada pela longa história de subjugo e racismo insidioso, levando as exclusões social e econômica presentes ainda nos dias de hoje no Brasil (OPAS, 2019).

O Estatuto da Criança e do Adolescente defende seus direitos independentemente da idade, sexo, raça, etnia e cor, religião ou crença e questões socioeconômicas, dentre outras características, reforçando o direito a condições dignas e proteção à vida e desenvolvimento saudável por meio das políticas públicas efetivas, no entanto, percebe-se uma alta recorrência de vulnerabilidades nos grupos populacionais mais jovens, com menos escolaridade e de raça/cor preta/parda, dados já reportados em população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2018).

Vale salientar que os adolescentes necessitam de meios para desenvolver habilidades, ambientes seguros e de suporte e serviços de saúde eficazes (WHO, 2021). Portanto, fica evidenciada a fragilidade do sistema, a necessidade de atenção especializada para os adolescentes, em especial, àqueles marginalizados e de forma igualitária, integral e universal, promovendo a redução das iniquidades em saúde, a qualidade de vida da população e em contrapartida diminuir as demandas que comprometem o Sistema Único de Saúde e consequentemente dos custos deles oriundos.

Como resultado do processo de racismo que estruturou a sociedade brasileira, o legado deixado para as pessoas de cor é o contexto de pobreza, de marginalização, com altas taxas de violência na proximidade das moradias, baixa escolaridade, dificuldade de empregabilidade formal, além do estigma social e de maior exposição a fatores de riscos à saúde (XU et al., 2020; WARBRICK et al., 2019). A negligência a estas populações contribui para a adoção de

múltiplos comportamentos de risco (HIRSCHMANN et al., 2020).

Considerações finais

Mesmo diante de políticas desenvolvidas para a população negra nas últimas décadas no Brasil, a exemplo da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN), que trouxeram ao debate a necessidade de proteção aos aspectos significativos da vida e da saúde desta população, ainda é alarmante o abismo de desigualdades entre negros e brancos no Brasil.

As ações educativas podem abordar informações quanto à exposição a estes comportamentos de riscos e suas consequências ao longo da vida além de incluir ações que valorizem a participação do adolescente e favoreçam sua autonomia, estimulando-os a assumirem comportamentos saudáveis. A comunicação deverá ser contínua, em linguagem clara, consistente e culturalmente adequada, direcionada aos adolescentes, à família, aos profissionais de saúde, aos professores e à população em geral, buscando informar e sensibilizar quanto ao tema.

Referências

ASSIS, S.G; AVANCI, J.Q; SERPELONI, F. O tema da adolescência na saúde coletiva-revisitando 25 anos de publicações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4831-4842, 2020.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **População Negra e Covid-19**. Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO; 2021.

BRASIL. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências..** 1990 [acesso em 2021 out 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

CARVALHO, A. P. D., SILVA, T. C. D., VALENÇA, P. A. D. M., FERREIRA SANTOS, C. D. F. B., COLARES, V., & MENEZES, V. A. D. Consumo de álcool e violência física entre adolescentes: quem é o preditor?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, p.4013-4020, 2017.

DA COSTA, C. M., SÁ, R. F., MENDES, T. N., DA SILVA CARDOSO, É. L., FERREIRA, E. M. V., NEVES, N. T. D. A. T., ... & DOS SANTOS, S. R. Perfil de Internações por doenças crônicas em crianças e adolescentes. **Brazilian Journal of Development**, v.6, n.8, p.61954-61970, 2020.

DE CASTRO, J. M., FERREIRA, E. F., DA SILVA, D. C., & DE OLIVEIRA, R. A. R. Pre-

valência de sobrepeso e obesidade e os fatores de risco associados em adolescentes. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.12, n.69, p.84-93, 2018.

DE SOUZA FURTADO, A. S., VITORINO, P. V. D. O., HADLER, M. C. C., DE CARVALHO, M. D. G. F., & PEREIRA, C. C. Vigilância alimentar e nutricional no ambiente institucional: uma revisão narrativa. **Tecnia**, v.3, n.2, p.145-166, 2018.

DOS SANTOS, D. S., DE SOUSA CARNEIRO, M., MARTINS, S. C., AIRES, C. N., DA SILVA CARVALHO, L. J., & COSTA, L. C. B. Transição nutricional na adolescência: uma abordagem dos últimos 10 anos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.20, p. e477-e477, 2019.

HIRSCHMANN, R., BORTOLOTO, C. C., MARTINS-SILVA, T., MACHADO, A. K. F., XAVIER, M. O., FERNANDES, M. P., ... & WEHRMEISTER, F. C. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em população rural de um município no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.23, p. E200066, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2015**. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

KLEIN, T. A. S., MÔNACO, B. N. N., SANTOS, G. I. P., SILVA, B. A., & ZÔMPERO, A. F. Hábito de tabagismo entre adolescentes de escolas brasileiras. **Revista Sustinere**, v.9, p.509-531, 2021.

MACDONALD, L., OLSEN, J. R., SHORTT, N. K., & ELLAWAY, A. Do 'environmental bads' such as alcohol, fast food, tobacco, and gambling outlets cluster and co-locate in more deprived areas in Glasgow City, Scotland?. **Health & place**, v.51, p.224-231, 2018.

MOURA, L. R. D., TORRES, L. M., CADETE, M. M. M., & CUNHA, C. D. F. Factors associated with health risk behaviors among Brazilian adolescents: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.52, 2018.

OLIVEIRA, A. S. D. D., MOREIRA, N. F., MORAES, A. B. D. V. D., PEREIRA, R. A., & VEIGA, G. V. D. Co-occurrence of behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases in adolescents: Prevalence and associated factors. **Revista de Nutrição**, v.30, p.747-758, 2017.

OLIVEIRA, B. L. C. A. D., & LUIZ, R. R. Racial density and the socioeconomic, demographic and health context in Brazilian cities in 2000 and 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.22, p.e190036, 2019.

OLIVEIRA-CAMPOS, M., OLIVEIRA, M. M. D., SILVA, S. U. D., SANTOS, M. A. S., BARUFALDI, L. A., OLIVEIRA, P. P. V. D., ... & SOUZA, M. D. F. M. D. Fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes nas capitais brasileiras. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.21, p.e180002, 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Sociedades justas: Equidade em saúde e vida com dignidade**. Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2019.

REIS, A. A. C. D., MALTA, D. C., & FURTADO, L. A. C. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeN-

SE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, p.2879-2890, 2018.

RIBEIRO, S. C., PIRES, G. A. R., CHARLO, P. B., DA SILVA RODRIGUES, T. F. C., PAIANO, M., RADOVANOVIC, C. A. T., & SALCI, M. A. O consumo de derivados do tabaco por adolescentes: Revisão integrativa da literatura. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 9, n. 51, p. 2005-2012, 2019.

SANTOS, H. L. P. C. D., MACIEL, F. B. M., SANTOS, K. R., CONCEIÇÃO, C. D. V. S. D., OLIVEIRA, R. S. D., SILVA, N. R. F. D., & PRADO, N. M. D. B. L. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, p.4211-4224, 2020.

SMITH, A.R.; CHEIN, J.; STEINBERG, L. Impact of socio-emotional context, brain development, and pubertal maturation on adolescent risk-taking. **Hormones and behavior**, v. 64, n. 2, p. 323-332, 2013.

SOMERVILLE, L. H.; JONES, R. M.; CASEY, B. J. A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. **Brain and cognition**, v. 72, n. 1, p. 124-133, 2010.

URRUTIA-PEREIRA, M., OLIANO, V. J., ARANDA, C. S., MALLOL, J., & SOLÉ, D. Prevalence and factors associated with smoking among adolescents. **Jornal de pediatria**, v.93, p.230-237, 2017.

WARBRICK, I., CAME, H., & DICKSON, A. The shame of fat shaming in public health: moving past racism to embrace indigenous solutions. **Public Health**, v.176, p.128-132, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent and young adult health** [Internet]. 2021 [acesso em 2021 nov 5]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent health** [Internet]. [201-] [acesso em 2021 nov 5]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_3

XU, M., MACRYNIKOLA, N., WASEEM, M., & MIRANDA, R. Racial and ethnic differences in bullying: Review and implications for intervention. **Aggression and violent behavior**, v.50, p.101340, 2020.

CAPÍTULO 16 – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DA MAMADA (FOAM) DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: INDÍCIOS DE VALIDADE

Marília Karla Laurentino Santana

Renatha Celiana da Silva Brito

Anna Cecília Queiroz de Medeiros

Introdução

Os benefícios resultantes do Aleitamento Materno (AM) são conhecidos cientificamente tanto para o bebê quanto para a mãe, sendo a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015). Por isso, em 1981 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) que, juntamente com outros documentos e instrutivos, reúnem ações de promoção, proteção e apoio ao AM no Brasil (BRASIL, 2017).

Pesquisa realizada para avaliar os índices de AM nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) – até o 6º mês de vida da criança – de 41% e duração mediana do AME de 54,1 dias (ou 1,8 meses), sendo a região Nordeste aquela que apresentou menores índices (37%), abaixo das recomendações da OMS que é de 50% (BRASIL, 2009).

Ao longo dos anos estes índices têm sofrido flutuações. Por exemplo, a prevalência do AME aumentou 34,2 pontos percentuais entre 1986 e 2006, indo de 2,9% para 37,1%, com ganhos estatísticos significativos em cada década até 2006, porém com estabilização em 2013 (BOCCOLINI et al., 2017). Dessa forma, ainda há um longo caminho a ser percorrido para se fazer cumprir as recomendações da OMS sobre o AME até o sexto mês e manutenção da amamentação até, pelo menos, o segundo ano de vida.

Nesse sentido, as primeiras horas após o parto parecem ser cruciais para a implementação do aleitamento materno. Baseada nessa informação, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveram uma série de recomendações, materiais e instrumentos que podem ser utilizados para avaliar a eficácia do AM e subsidiar as orientações sobre amamentação, com o intuito de fortalecer e qualificar a atuação e conhecimento de profissionais de saúde (KALIL; AGUIAR, 2016; ROBLES, 2017).

Um exemplo desse tipo de recurso é o Formulário de Observação e Avaliação da Ma-

mada (FOAM), desenvolvido pela WHO (2004) para ajudar a nortear orientações sobre a técnica da mamada, de modo a favorecer o AM antes e depois da alta hospitalar. Trata-se de um material simples, de baixo custo e fácil aplicação, capaz de detectar possíveis dificuldades na amamentação (VIEIRA; COSTA; GOMES, 2015). Nele são apresentados comportamentos maternos e do recém-nascido esperados/desejados, assim como é possível identificar problemas nestes comportamentos e nas técnicas de amamentação (CARVALHAES et al., 2003).

O FOAM é composto por quatro seções que abrangem condições maternas e neonatais, são elas: “*Observação geral da mãe*”, “*Posição do bebê*”, “*Pega*” e “*Sucção*”. Cada seção possui quatro itens, e cada item possui duas opções de resposta relacionadas à sinais de percepção, uma que classifica como favorável à amamentação e a outra sugestiva de dificuldade para o mesmo aspecto. Estes itens se referem a: posição corporal da mãe e do recém-nascido, respostas dos mesmos ao iniciarem a mamada, eficiência da sucção, envolvimento afetivo entre o binômio, características anatômicas da mama, duração da mamada e como se dá seu encerramento (WHO, 2004; VIEIRA; COSTA; GOMES, 2015).

No entanto, apesar de ser um instrumento cuja aplicação é preconizada pela Unicef e pela OMS, existe pouca literatura disponível sobre a utilização e validade do FOAM. Sendo assim, este capítulo tem por objetivo apresentar e discutir indícios de validade do FOAM, caracterizando os principais aspectos identificados pelo instrumento em aplicações realizadas em um Hospital Amigo da Criança no município de Santa Cruz/RN, Brasil.

Contexto da obtenção dos dados

As aplicações do FOAM, a partir das quais se derivaram as informações que norteiam este capítulo, ocorreram no alojamento conjunto do Hospital Universitário Ana Bezerra, no município de Santa Cruz/RN, integrante da iniciativa Hospital Amigo da Criança. A totalidade da amostra foi constituída por 40 binômios mãe-bebê, a partir do fluxo dos atendimentos, durante os meses de maio a novembro de 2018.

Os critérios de inclusão utilizados foram: puérperas com idade ≥ 18 anos, binômios considerados saudáveis, recém-nascidos a termo (com peso ≥ 2500 g), sem intercorrências clínicas, sem restrição ao aleitamento materno exclusivo e que não tivesse recebido nenhum complemento alimentar nas 48 horas de internação hospitalar pós-parto. Foram excluídos gemelares.

A média da idade materna desse público foi de 27 anos ($\pm 5,73$) e a média da idade gestacional foi de 39 semanas e 6 dias ($\pm 1,26$), de acordo com a data da última menstruação (DUM) das genitoras. Segundo informações contidas na caderneta da gestante, a quantidade de consultas pré-natal das díades foi em média 7 ($\pm 3,0$).

Observou-se que 91,4% das participantes (n=43) eram multíparas e, por isso, foi perceptível uma experiência prévia com o aleitamento materno por maior parte das puérperas. A maioria também declarou ter cônjuge (78,7%; n=33) e, com exceção de uma participante que apresentou síndrome hipertensiva gestacional, as demais gestações (n=39) foram consideradas de risco habitual. Independente do sexo do bebê foi observado um bom índice de Apgar no 1º e 5º minuto, sendo 80,8% com valor de 8 e 9 no primeiro minuto e 95,7% \geq 8 no quinto.

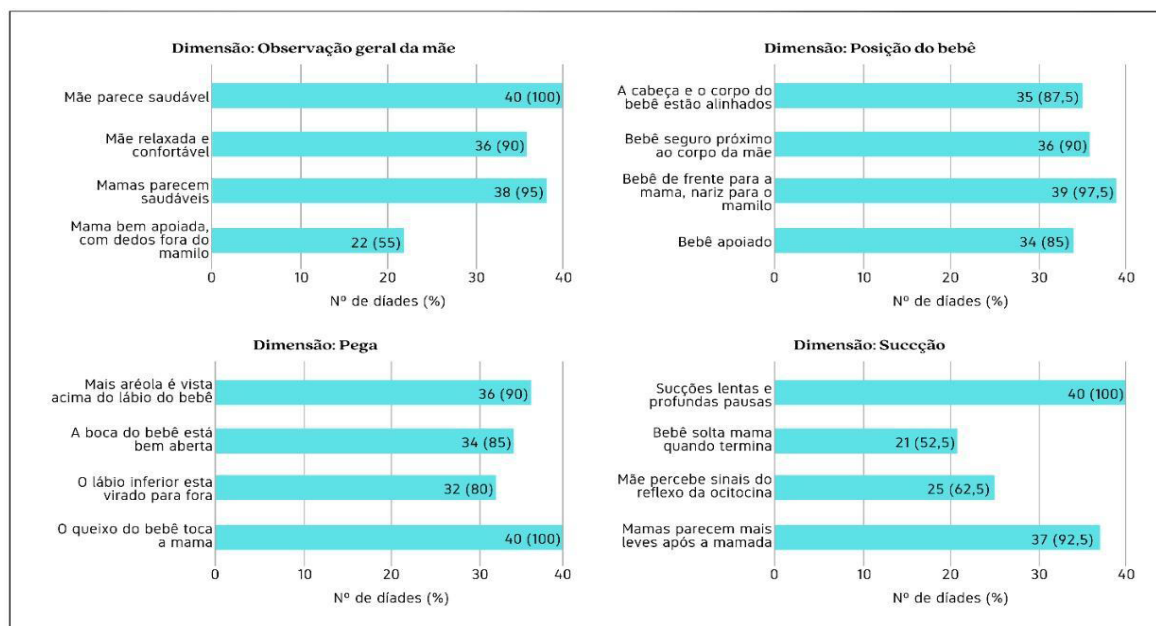
O estudo foi apreciado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN), de acordo com o protocolo CAAE de nº: 84947918.1.0000.5568. E todas as mães participaram mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Resultados da aplicação do FOAM

Os dados descritos a seguir foram coletados com pelo menos 12 horas transcorridas pós-parto, fruto da aplicação do FOAM, a partir da observação da mamada.

Para melhor avaliação da mamada, os pesquisadores participaram de uma capacitação sobre amamentação oferecida pela equipe do posto de coleta/apoio ao aleitamento materno da instituição na qual a pesquisa foi realizada. Nesse sentido, é importante frisar que a correta utilização e interpretação do FOAM está intimamente ligada aos conhecimentos e habilidades relativas ao AM dos aplicadores.

Figura 01. Descrições de comportamentos favoráveis das díades analisados através do FOAM, Santa Cruz/RN, Brasil, 2018.



Fonte: elaborada pelos autores.

Os resultados encontrados na Figura 01 mostram que houve um bom desempenho dos binômios nos aspectos avaliados pelo instrumento FOAM, que corrobora com um estudo realizado por Carvalhaes e Corrêa (2003) que utilizou o mesmo instrumento, porém em um formato adaptado, e encontrou resultados de escores adequados (bom), indicativos de início satisfatório da amamentação nos diversos aspectos analisados.

Dentro do aspecto “*Observação geral da mãe*”, o item que apresentou menor pontuação, ou seja, 59,5% (n=28), foi referente à posição dos dedos (“mama segurada com dedos na aréola”). Nesse caso, foi observado que, quando necessário o apoio na mama, os dedos não eram posicionados em formato de “C” e sim de “tesoura”. Diferente do que Garcia (2017) observou em seu estudo, em que apenas 10% das mães avaliadas estavam segurando a mama com o dedo na aréola. Dessa forma, quando a mãe mantém os dedos junto ao mamilo, provavelmente impedirá que o bebê o agarre de forma eficaz (GALVÃO, 2011).

Quanto à “*Posição do bebê*” os sinais mais desfavoráveis estiveram relacionados ao alinhamento da cabeça e do pescoço (“pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar”), bem como o apoio do bebê (“bebê apoiado”), sendo 87,5% (n=35) e 85% (n=34), respectivamente. Garcia (2017) também encontrou bons escores quanto a esse aspecto (90%; n=9), semelhantes ao estudo realizado por Vieira e colaboradores (2015) que obteve resultado também de 90% das díades

com comportamentos favoráveis à amamentação. Quanto melhor posicionado se encontra o bebê, melhores serão os comportamentos de sucção e respostas (SCHEEREN et al., 2012). O RN deve estar relaxado e confortável para que a amamentação seja um sucesso, embora isso seja difícil no ambiente hospitalar (CARVALHAES; CORRÊA, 2003).

Já sobre o aspecto de “*Pega*”, o item com maior dificuldade foi aquele referente aos “lábios voltados para frente ou virados para dentro”, 23% (n=11). A posição adequada do bebê bem como a pega correta previne o trauma mamilar (GALVÃO, 2011). É necessária uma boa avaliação nesses aspectos com o intuito de prevenir o risco de desconforto e dor, evitando assim o desmame precoce (BRASIL, 2015). Pereira e colaboradores (2008) observaram em seu estudo que a correção da pega na primeira mamada está fortemente associada ao aumento da porcentagem de mães que amamentam em exclusivo (ou misto, com alimentação complementar), e aumento do número de dias de aleitamento, ou seja, favorece o sucesso do AM.

Dificuldades na pega e no posicionamento da criança podem levar a traumas mamilares e dor na prática da amamentação, sendo fatores de risco que podem estar relacionados ao desmame precoce (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018), pois fissuras e rachaduras na aréola podem surgir nos primeiros dias da amamentação em decorrência da sucção, possivelmente associada a uma técnica de amamentação deficiente (SOUZA et al., 2016).

De forma geral, o aspecto de menor pontuação foi a “*Sucção*”, devido 40,4% (n=19) das genitoras retirarem o recém-nascido do seio antecipadamente, não permitindo a saída espontânea do bebê. No entanto, recomenda-se que o aleitamento materno ocorra sob livre demanda, cuja duração das mamadas são determinadas pelas necessidades e pelos sinais do bebê (BRASIL, 2015).

Sabendo-se que a rotina hospitalar e o desenvolvimento da educação em saúde por parte dos profissionais facilitam a eficácia e duração do aleitamento materno (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018), os instrumentos de avaliação e orientação instituídos pela OMS/Unicef estimulam a efetividade de políticas que incentivem à amamentação. Assim, os aspectos examinados no FOAM podem ser utilizados não apenas para diagnosticar dificuldades, mas também para direcionar o cuidado/educação visando o efetivo desenvolvimento de habilidades maternas relativas à prática do aleitamento.

Validade Convergente

Para realizar a avaliação da validade convergente do FOAM, concomitantemente foi realizada também a aplicação do LATCH, considerando que os dois instrumentos possuem similaridades quanto a seu propósito, estando teoricamente relacionados, o que torna apropriada

sua utilização para este tipo de análise (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014).

O LATCH é um instrumento para avaliação da mamada que foi validado para o português brasileiro e vem sendo considerado apropriado para a prática clínica por profissionais da área (CONCEIÇÃO et al., 2017). Este formulário é composto por 5 seções e cada letra do acrônimo LATCH representa um aspecto avaliado. “L” (*Latch – Pega*): refere-se à qualidade da pega do RN na mama; “A” (*Audible swallowing – Deglutição audível*): refere-se à possibilidade da deglutição do RN de ser ouvida enquanto o mesmo está mamando; “T” (*Type of nipple – Tipo de Mamilo*); “C” (*Comfort – Conforto*): refere-se ao nível de conforto da mãe sobre a mama e ao mamilo; e “H” (*Hold – Colo*): refere-se à necessidade ou não da ajuda de terceiros para que a mãe consiga posicionar o bebê. Cada uma das seções recebe um escore numérico de 0 a 2, representando a mesma forma do Boletim de Apgar para uma pontuação máxima de 10 pontos (SARTORIO et al., 2017; CONCEIÇÃO et al., 2017).

O escore total do FOAM se correlacionou com o escore total do LATCH ($rs=0,322$; $ps<0,05$). Também foi encontrada correlação entre a dimensão Observação Geral da Mãe/FOAM e a dimensão Conforto/LATCH ($rs=0,335$; $ps<0,05$). A dimensão Posição do Bebê/FOAM correlacionou-se com as dimensões Pega/LATCH ($rs=0,348$; $ps<0,05$) e Colo/LATCH ($rs=0,495$; $ps<0,05$).

Estes resultados apontam para uma validade convergente satisfatória entre os dois instrumentos de avaliação da mamada, indicando uma tendência de confluência dos resultados obtidos entre eles a partir da observação do aleitamento materno.

A correlação entre os escores finais sugerem que as dimensões avaliadas no FOAM estão em consonância com os aspectos da mamada avaliados pelo LATCH. Nesse sentido, um estudo realizado por Hassan e colaboradores (2021), utilizou o LATCH para avaliar o AME entre 93 díades em dois momentos (24 horas pós-parto e na alta hospitalar) e concluiu tratar-se de uma ferramenta com bastante potencial para auxiliar na identificação de mães que necessitam de apoio e aconselhamento relacionado à amamentação antes da alta hospitalar, a fim de evitar o desmame precoce.

No entanto, cabe ressaltar que é preconizado que a dimensão “*Deglutição audível*” do LATCH seja avaliada apenas após o terceiro ou quarto dia pós-parto (CONCEIÇÃO et al., 2017), não sendo indicado para maternidades que tem como duração mínima 48 horas para alta hospitalar do binômio mãe-bebê. Esta é uma limitação do LATCH frente ao FOAM, que não tem indicação desse período de impossibilidade de aplicação.

Adicionalmente também foi verificada correlação positiva entre a dimensão Sucção/FOAM e o número de consultas de pré-natal ($rs=0,374$; $ps<0,05$); e a dimensão Posição do Bebê/FOAM e o número de semanas gestacionais ($rs=0,356$; $ps<0,05$). Estes achados, embora não intencionais, também parecem sinalizar favoravelmente sobre a validade do instrumento.

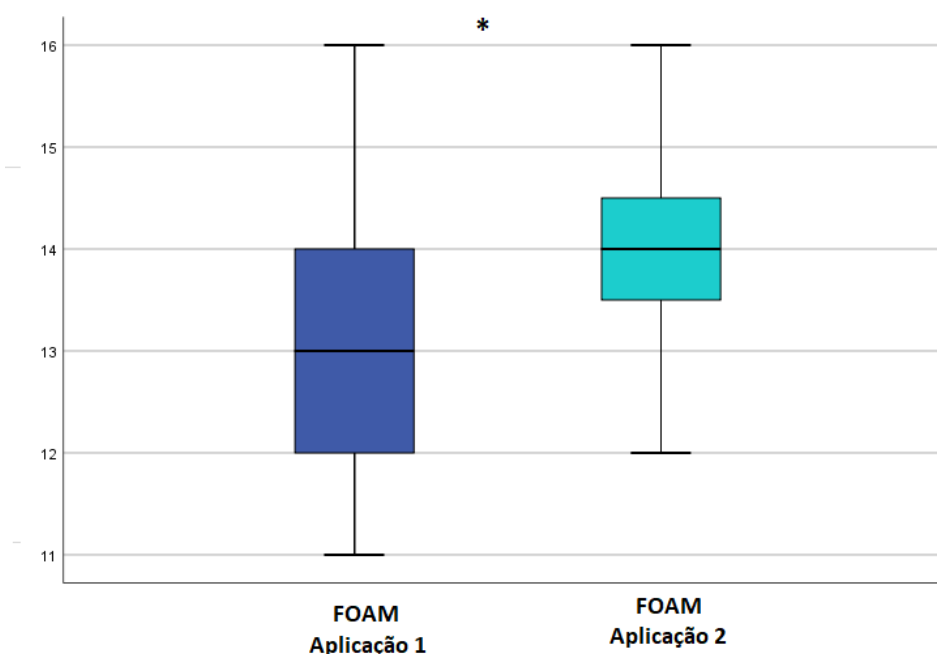
Responsividade

Em uma subamostra de 20 binômios (do total de 40 respondentes que participaram da avaliação de validade convergente), foi realizada a reaplicação do FOAM. Esta reaplicação foi realizada pelo menos 24 horas após o parto, após as puérperas terem recebido orientações sobre aleitamento materno por profissionais do hospital. Uma vez que se trata de uma instituição filiada à iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, há muitos profissionais capacitados que realizam esta atividade na rotina da maternidade.

Conforme observado na Figura 02, foi observado um aumento estatístico quando da aplicação do teste de Wilcoxon ($p=0,036$) no escore geral do FOAM quando reaplicado o instrumento, após a realização de orientações sobre aleitamento materno, que passou de 13,0 (p25: 12,0 – p75: 14,0) para 14,0. (p25: 13,3 – p75: 14,8).

A reaplicação do FOAM em parte da amostra mostrou diferença entre os escores finais de avaliação, demonstrando a sensibilidade do instrumento em detectar mudanças, e na direção esperada pelo tipo de intervenção feita. Ou seja: uma vez realizada a orientação por pessoal capacitado em aleitamento materno, é esperado que haja um incremento na pontuação do FOAM, uma vez que estão sendo pontuados os aspectos relativos aos sinais favoráveis à amamentação

Figura 02. Resultado da aplicação do FOAM em descrições de comportamentos favoráveis das díades analisados através do FOAM, Santa Cruz/RN, Brasil, 2018.



Fonte: elaboração dos autores.

A análise de responsividade, ou capacidade de resposta, visa investigar modificações na medida obtida, por exemplo, em resposta a um evento, manipulação ou ocorrência que sabidamente influencia o construto ou comportamento que está sendo avaliado (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017; LEAL et al., 2019). Trata-se mais de uma medida de qualidade do instrumento do que uma avaliação psicométrica *per se* (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

Além disso, os resultados obtidos reforçam a importância e necessidade de capacitações para os profissionais da saúde sobre as técnicas de amamentação e a importância do aleitamento materno, bem como seu treinamento para desenvolver habilidades de multiplicação das informações, de modo a orientar as puérperas. Neste momento de pós-parto os profissionais devem estar preparados para realizar o acompanhamento do processo de amamentação e do crescimento e desenvolvimento da criança, para além da alta hospitalar (BRASIL, 2009).

O resultado encontrado também sinaliza sobre o valor das ações de educação em saúde voltadas à amamentação, confirmando estas interações enquanto espaços privilegiados para o esclarecimento de mitos, aconselhamento comportamental, treinamento de habilidades, entre outros aspectos (MARTINS et al., 2020).

Adicionalmente, cabe informar que simultaneamente à reaplicação do FOAM, também foi realizada uma segunda aplicação do LATCH. No entanto, não foi identificada diferença nos escores do instrumento, quando comparados esses dois momentos ($p > 0,005$)

Considerações finais

Os resultados obtidos indicam que o FOAM apresenta indícios de validade promissores, no tocante à validade convergente e responsividade. Desta maneira, por ser um instrumento de relativo baixo custo e fácil implementação, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde, pode ser considerado enquanto um aliado para o incentivo ao aleitamento materno, contribuindo para a assistência prestada à díade.

Ademais, os resultados da avaliação da responsividade, ainda que provenientes de uma população pequena, reforçam a importância do aconselhamento em AM. Esse tipo de iniciativa é fundamental para que as mães se sintam estimuladas e seguras em amamentar seus filhos, de forma exclusiva (pelo menos até o sexto mês) e, posteriormente, complementada (pelo menos até os 2 anos de idade da criança), como preconizado pela OMS e o Ministério da Saúde, tendo em vista que as dificuldades na amamentação, especialmente nas primeiras mamadas, é um grande fator de risco para o desmame precoce.

Por fim, cabe salientar que, apesar de receber o endosso da OMS para sua utilização, constando dos materiais de orientação dessa instituição, é importante frisar que, de fato, há muita pouca informação disponível sobre a efetividade do uso do FOAM nos cenários de assistência, bem como de sua validade, sendo importante a condução de estudos sobre este instrumento.

Referências

BOCCOLINI, C.S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev de Saúde Pública**, n.51, p.108, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed. 2015. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1 ed. 2009. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.

CARVALHAES, M.A.; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.1, p.13-20, 2003.

COHEN, R.J.; SWERDLIK, M.E.; STURMAN, E.D. Testagem e Avaliação Psicológica. In: **Testagem e Avaliação Psicológica: introdução a testes e medidas**. 8 ed. São Paulo/SP: Artmed. 2014.

CONCEIÇÃO, C.M. et al. Validação para língua portuguesa do instrumento de avaliação do aleitamento materno LATCH. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.30, n.2, p.210-216, 2017.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P.J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: Bases conceituais e métodos de avaliação – Parte I. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.4, e1600017, 2017.

GARCIA, M.C.R. **Aplicação de formulário de avaliação da mamada em puérperas e lactentes prematuros**. 2017. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – DCVida (Departamento de Ciências da Vida), Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí/RS. 2017.

GALVÃO, G.D. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.2, p.308-314, mar./abr. 2011.

HASSAN, S.M. et al. LATCH score at discharge: A predictor of weight gain and exclusive Breastfeeding at 6 weeks in term healthy babies. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.**, v.72, n.2, p.e-48-e52, 2021.

KALIL, I.R; AGUIAR, A.C. Protagonista da amamentação ou instrumento da política de saúde infantil: a enunciação da mulher nos materiais oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno. **Saúde e Sociedade**, v.25, n.1, p.31-42, 2016.

LEAL, F.J. et al. Verificação da sensibilidade longitudinal do questionário de qualidade de vida AVVQ-Brasil ao tratamento não cirúrgico da doença venosa crônica. **Jornal Vascular Brasileiro**, v.18, e20190048, 2019.

LIMA, A.P.C.; MASCIMENTO, D.S.; MARTINS, M.M.F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **J. Health Biol Sci**, v.6, n.2, p.189-196, 2018.

MARTINS, A.C.M. et al. **TeleCondutas: Aleitamento Materno**. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URGS). Porto Alegre/RS, 2020.

PEREIRA, M.A. et al. Influência da correção da pega no sucesso do Aleitamento Materno: resultados de um estudo experimental. **Referência-Revista de Enfermagem**, v.2, n.6, 2008.

ROBLES, C.S. **Políticas Públicas a favor do Aleitamento Materno**. 2017. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário IBMR. Rio de Janeiro/RJ, 2017.

SARTORIO, B.T. et al. Breastfeeding assessment instruments and their use in clinical practice. **Rev Gaúcha Enferm**, v.38, n.1, p. e64675, 2017.

SCHEEREN, B.M. et al. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v.24, n.3, p.199-204, 2012.

SOUZA, S.A. et al. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. **Rev enferm UFPE on line**. 2016.

VIEIRA, A.C.; COSTA, A.R.; GOMES, P.G. Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. **Rev Soc Bras Enferm Ped.**, v.15, n.1, p.13-20, jun. 2015.

WHO. World Health Organization. **Positioning a baby at the breast**. In: Integrated Infant Feeding Counselling: a trade course. Genebra: WHO; 2004.

CAPÍTULO 17 - A COR DA MORTE: HISTÓRIA E REFLEXÃO SOBRE A NATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A JUVENTUDE NO BRASIL

Kezauyn Miranda Aiquoc

Marla Raquel Leandro da Silva

Isabelle Ribeiro Barbosa

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a violência é caracterizada como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002).

No Brasil, uma das nações mais violentas do mundo, só em 2015, registrou 11.403 mortes de adolescentes de 10 a 19 anos, dos quais 10.480 eram meninos, sendo a maioria deles negros, pobres e de periferia (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013; VERDÉLIO, 2017). O aspecto étnico-racial é um fator determinante para desvantagens de vida e saúde. A população negra (compostas por pardos e pretos) e indígena apresenta, dentre outros aspectos, piores níveis de escolaridade e emprego, além de menos acesso a bens e serviços em decorrência dos seus determinantes sociais e ao pertencimento racial (MALTA et al. 2017; SILVA et al. 2018). É a violência por meio da invisibilização que os tornam um alvo, e enquanto fenômeno complexo e resultante de múltiplas determinações, articula-se intimamente com processos sociais e que se ancoram no racismo (COSTA et al., 2017; MINAYO, 2006).

Isso foi evidenciado no documentário AmarElo (2020), no qual Emicida conta em prosa e poesia como as múltiplas violências vivenciadas, sobretudo pela população negra, ainda é cotidiana e muito precoce (PRETO, 2020). A luta em se manter vivo, é perpassada por histórico de feridas e cicatrizes que são marcadas desde a infância, e que o genocídio da população negra e indígena somados à negligência do Estado e sociedade é mais um dos mecanismos de um projeto político de morte (PRETO, 2020).

A partir das prerrogativas supracitadas, este capítulo discute como os aspectos históricos associados com violência, pobreza e cidadania, tem interrompido vidas de uma geração de jovens no país e têm base fundante no racismo. Dessa forma, o conteúdo que também integra

à dissertação da primeira autora, apresenta as discussões e reflexões também das coautoras.

Diante disso, foram realizadas buscas em base de dados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Google Acadêmico a fim de embasar a construção. No entanto, vale destacar que, durante as buscas, foram identificadas dificuldades quanto a padronização dos termos para a pesquisa. Segundo Melo e Castro (2021, p. 255), a ausência de termos específicos se configura enquanto barreira para a sistematização e a busca de produções científicas no que tange às temáticas sobre a população negra.

Logo, para que não houvesse lacunas durante as discussões foram incorporadas também à pesquisa conteúdos provenientes de políticas públicas, legislações, dados jornalísticos e de organizações internacionais de saúde, bem como de livros e outras publicações que evidenciam aspectos históricos da violência na juventude brasileira, sobretudo para os não brancos.

Nesse sentido, realizou-se a análise temática e os resultados discutidos em três temas: (1) As diversas violências e suas repercussões na adolescência e juventude; (2) História e contexto: a violência como mecanismo de inferiorização de raça e gênero; e (3) Juventude viva: marcos e políticas de combate à violência e a discriminação racial.

As diversas violências e suas repercussões na adolescência e juventude

No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, define também a adolescência como a faixa etária de 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Já a Política Nacional de Juventude divide em três faixas: os jovens da faixa etária de 15 a 17 anos são considerados jovens-adolescentes; jovens de 18 a 24 anos, são jovens-jovens; e jovens da faixa dos 25 a 29 anos são considerados jovens-adultos (Conselho Nacional da Juventude, 2006). Marcada por transformações bio-psico-social é a fase elementar na vida dos indivíduos, pois está relacionada a definição da identidade, comportamento e valores (DAVIM et al., 2009)

Então, diante de tantas mudanças, e de se caracterizar como um período de vulnerabilidade desse sujeito, a exposição à violência e a ambientes estressores podem causar impactos duradouros e até irreversíveis a saúde e bem estar, inclusive quando essa experiência é no ambiente escolar (BOEN; KOZLOWSKI; TYSON, 2020).

Além disso, a vitimização pode também ser o ponto de partida para um ciclo de violências. Ela está fortemente associada à perpetração desse fenômeno na adolescência (BEHARIE et al., 2019) com reprodução na juventude e vida adulta, ao maior risco de envolvimento em relacionamentos tóxicos (LOHMAN et al., 2013) e ao uso abusivo de drogas, sobretudo quando essa exposição é com a violência extrema como ser baleado, ser esfaqueado ou presenciar

um homicídio (BEHARIE et al., 2019).

Quanto a violência entre os pares, consiste em atitudes violentas de caráter intencional e repetitivo a uma pessoa por um ou mais pares que, comumente, utiliza da diferença do poder para vitimização. Ela pode ser direta por meio de agressões físicas, intimidações, discriminações e provocações, como também indireta ao propagar rumores e causar exclusão dos seus pares (ABRAMOVAY, 2003) sendo o *bullying* a violência mais comum e de aspecto crônico, no ambiente escolar (UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND, 2017).

Essencial para a evolução dos indivíduos, a escola deve favorecer o desenvolvimento das habilidades sociais, intelectuais, sobretudo do desenvolvimento do pensamento crítico, a fim de formar sujeitos transformadores que possam retornar à sociedade o desejo e os meios para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária (STELKO-PEREIRA, 2003). Porém, a presença de violência no ambiente escolar impede que esse seja um espaço seguro e prazeroso, o qual propicie autoconhecimento, conhecer o outro e a sociedade em que se vive (ASSIS et al., 2010).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar identificou que 7,4% dos alunos declararam ter sofrido *bullying* nos 30 dias anteriores à pesquisa, além de que 9,5% relataram não se sentir seguros no ambiente escolar (MELLO et al., 2018). Esse desequilíbrio de poder afeta as interações e o convívio dentro da escola. A garantia de um ambiente seguro é responsabilidade coletiva, pois a violência quando ocorre em ambiente escolar, pode acarretar diversos problemas, principalmente, no aprendizado e permanência na escola (MELLO et al., 2017).

Cada vez mais é destacado que o *bullying* tem, como principal motivação, o preconceito. Logo, em um país como o Brasil que teve como base a legitimação da hierarquia racial, é possível que parte do que é identificado como *bullying* esteja camuflando um problema histórico no Brasil: a discriminação racial (SCHWARCZ; MENEZES NETO, 2017).

Apesar dessas exposições estarem relacionadas aos mesmos fatores de risco, é necessário considerar que são eventos distintos (KILLEN; MULVEY; HITTI, 2013). O *bullying* está relacionado a um comportamento individual de desequilíbrio de poder entre o *bully* e a vítima, gerando rejeição interpessoal. Já a discriminação racial está relacionada a um tratamento injusto por causa da identidade ou ao pertencimento étnico, racial, cultural e de nacionalidade, sendo utilizada para manter diferenças e desigualdades entre os grupos, na estrutura da sociedade, o que gera a exclusão intergrupar (KILLEN; MULVEY; HITTI, 2013).

Segundo autores, considerar a exclusão intergrupar e a rejeição interpessoal é essencial para entender as influências no desenvolvimento infantil e juvenil (KILLEN; MULVEY; HITTI, 2013). Estudos mostram que a consciência quanto às diferenças étnicas e raciais e a discriminação

minação a outros grupos surgem na pré-adolescência (ABOUD; AMATO, 2001). Ademais, a partir dos 10 anos, as crianças já são capazes de reconhecer o *bullying* e a discriminação racial, tanto na posição de vítimas, quanto na de agressoras (MCKOWN; WEINSTEIN, 2003). É necessário abordar a percepção da discriminação racial na escola, não como um sinônimo de *bullying*, mas como resultado ideológico e estrutural da sociedade e que atinge, majoritariamente, a população não branca (LEWIS; COGBURN; WILLIAMS, 2015).

Outro dado alarmante, é que cerca de 90% das violências contra crianças e adolescentes acontecem em ambiente doméstico (VERDÉLIO, 2017). A exemplo disso, a violência sexual, sobretudo o estupro (58%) e o atentado violento ao pudor (29%) são as violências mais prevalentes entre meninas de 10 a 19 anos e que os seus agressores são, em sua maioria, familiares, namorados ou pessoas conhecidas das vítimas (ABRASCO, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Além disso, o estupro é violência mais atendida nos serviços de saúde, com crianças de até 13 anos (ABRASCO, 2019).

A violência sexual está relacionada a violência de gênero. O sistema patriarcal além de sustentar o ódio ao que não está em conformidade com a heteronormatividade, banaliza essa violência e a misoginia, impetrando na sociedade a cultura do estupro (BARCELLOS; BARRETO; JESUS, 2017; KARMALIANI et al., 2017). Logo, é exposição à violência sexual, sobretudo ao abuso sexual entre os adolescentes pretos, pode estar não só relacionado a violência de gênero, mas também ao racismo.

Se diante das violências não letais, o cenário é preocupante, a magnitude de homicídios correspondente ao grupo jovem adquire caráter de endemia social. Com a ocorrência de 31,3 mortes a cada 100 mil habitantes no ano de 2019, o Brasil é um dos sete países com mais homicídios da região das Américas, onde a mortalidade por violência tem se destacado de forma expressiva, sendo uma preocupação para as esferas políticas e sociais, não só pelos danos físicos e psíquicos que ela impõe, como também pelo número de óbitos ocasionados (CERQUEIRA et al., 2019). No ano 2015, 47,8% dos óbitos da juventude masculina de 15 a 29 anos teve como causa básica o homicídio; uma tragédia com implicações na saúde, na dinâmica demográfica e no processo de desenvolvimento econômico e social do país (CERQUEIRA et al., 2017).

Não obstante, os homicídios podem ser configuração da violência sistêmica, pois a maioria deles estão associados com o tráfico de drogas e a criminalidade organizada. Silva (1999) aponta que essa organização coletiva como recurso sistemático à violência baseada na anulação do outro é chamada de sociabilidade violenta (SILVA, 1999). Ou seja, a força violenta utilizada pelas organizações e delas para a polícia, é recíproca. Sendo assim, propulsora de um ciclo de morte e violência extrema (SCHABBACH, 2008).

Através do debate acima, podemos verificar como as diversas formas de violência re-

percutem nos adolescentes e jovens. Percebemos que o impacto das disparidades raciais afeta a saúde, bem estar e a manutenção da sua vida. Na próxima seção observaremos como os aspectos históricos foram determinantes para esse cenário de desigualdade.

História e contexto: a violência como mecanismo de inferiorização de raça e gênero

No Brasil, a violência é, historicamente, utilizada como um mecanismo de reprodução e manutenção das desigualdades, expressas nas diversas formas, das quais envolvem tanto as relações de gênero, raça e etnia, quanto às de classe e geração.

Para entender essas associações, é preciso fazer um resgate histórico desse processo que foi pautado na superiorização do branco em detrimento da população não branca. No período colonial brasileiro, do século XVI ao XIX, a construção das relações de poder com base no racismo e na discriminação racial foram fundantes para legitimar o processo de escravização e dominação de negros e indígenas pela população branca (CONCEIÇÃO; LIMA; SOARES, 2019)

Em contrapartida, após a abolição, o Estado brasileiro utilizou de outros mecanismos para legitimação da violência e escravização da população parda e preta. Em 1893, criou-se uma lei que estabelece correção pelo trabalho, dos vadios, vagabundos e capoeiras que fossem encontrados na rua (BRASIL, 1893). Segundo Rodrigues (1998) essas prisões também tiveram como justificativa a modernização da cidade, e que para isso teriam que colocar em reclusão os indesejáveis à ordem pública, mesmo que eles não pudessem ser acusados de terem realizado qualquer crime. (RODRIGUES, 1998).

Essa lógica perversa, era utilizada também com crianças e adolescentes. O encarceramento era realizado sem distinção de idade, bem como a utilização de maus tratos, espancamentos e mutilação eram corriqueiros (RODRIGUES, 1998, p. 24). O ato “criminoso” que legitimava a prisão desses adolescentes, além de jogar capoeira, era enquadrado como crime também: jogar bola, tomar banho de mar ou empinar pipa (RODRIGUES, 1998, p. 24). Ao observar que a punição estava relacionada até com o brincar, constata-se que o caráter punitivista do Estado era mais uma política de encarceramento em massa, limpeza étnica e eugenista.

De Souza (2020) ao apresentar quem eram os chamados menores delinquentes, abandonados, vagabundos e gatunos, evidencia que os atos de delinquência estavam associados à fome, abandono familiar, estatal e social. Além disso, apesar da pouca idade, não eram vistos como crianças ou sujeitos vulneráveis, e o estigma de criminalidade intrínseca a juventude negra se consolidava, como pode ser mostrado no trecho noticiado em 1915:

Pobres meninos vagabundos que, a falta de oficinas e escolas onde provei-

tem o tempo, vivem entregues a toda sorte de vícios. Não há praça, não há rua, por menor que seja, onde se não notem grupos menores de vagabundos, o dia inteiro à solta, porque não têm trabalho nem protecção. No mais triste convívio, nos meios onde proliferam os vícios, vão crescendo esses infelizes para a vida de amanhã, sem, ao menos, a instrução rudimentar do A B C, ou sem conhecer o manejo de um instrumento qualquer que lhes ensine o trabalho laborioso das tendas e officinas. (...) São vagabundos que se vão cremado para os vícios e para os crimes (A NOTÍCIA, apud DE SOUZA,2020).

Em 1935, essa relação raça negra com a criminalidade foi sofisticada. Raimundo Nina Rodrigues, médico baiano e estudioso da relação do negro e a criminalidade, foi um importante agente das teorias raciais no Brasil. Ele defendia também a criação de dois códigos penais no Brasil: uma para brancos e outro para negros (OLIVEIRA, 2010). Por pressupor que as diferenças raciais geravam diferenças comportamentais e morais, logo, não se podia punir da mesma forma (OLIVEIRA, 2010).

Rodrigues (1935) apontou a existência de diferentes níveis de evolução entre os negros, porém não alcançavam o nível de evolução e civilidade da raça branca e que, por causa da sua lentidão, a raça negra só alcançaria a evolução da raça branca caso esta última estagnasse. Foi assim, que o autor justificou a hierarquia racial. O autor ainda narra:

“A geral desapareição do índio em toda a América, a lenta e gradual sujeição dos povos negros á administração intelligente e exploradora dos povos brancos, tem sido a resposta pratica a essas divagações sentimentaes” (p. 391). Tanto a escravidão do negro quanto a diminuição dos povos indígenas são entendidas como sinais de inferioridade dessas duas raças” (RODRIGUES, 1935).

Outra teoria que colocou a população negra e indígena na ponta da lança, foi relacionada à degeneração biológica em decorrência da mestiçagem. Nina Rodrigues, ao reproduzir estudos eugenistas realizados na América Latina, objetivava provar que o mestiço era biologicamente pré-determinado ao alcoolismo, transtornos mentais, infecções sexualmente transmissíveis e a criminalidade (RODRIGUES, 1998).

A violência como mecanismo de controle social é atribuída ao genocídio da população negra e indígena há muitos anos. Nascimento (1978) aponta que para efetivação da política de branqueamento da população brasileira, o encarceramento em massa, a morte simbólica, psicológica e física dos povos negros e indígenas, foi determinante para esse processo.

A partir do cenário das dinâmicas de violência, pode-se destacar que seu afunilamento se relaciona intimamente com as questões de gênero. Franz Fanon (1975) sinaliza que para indivíduos negros, homens e mulheres, há um lugar em comum: “a zona do não ser”, isto é, a primeira violência sofrida é inoportunidade de simplesmente existir.

Diante disso, faz-se necessário estabelecer, primeiramente, que a violência de gênero não se refere somente à violência doméstica, ainda que ambas estejam ligadas intimamente. Segundo Silva (2021) a violência de gênero vem pautada na fomentação das relações desiguais dos papéis masculinos e femininos na sociedade, que culturalmente adquiriu caráter discriminatório, em que os papéis estabelecidos para os homens são de peso e importância diferenciada quanto ao papel das mulheres. No caso da violência doméstica Silva (2021) sinaliza que “a violência intrafamiliar pode ser compreendida como qualquer ação ou omissão que resulte em dano físico, sexual, emocional, social ou patrimonial de um ser humano, no qual exista vínculo familiar e íntimo entre a vítima e seu agressor.

A vista disso, podemos compreender que a sombra do patriarcado acompanha a dinâmica racista e assim, mulheres negras experimentam, desde o princípio, as marcas do somatório de agressões, isto é, a trajetória da mulher negra em solo brasileiro é guiada por uma tríade discriminatória: por ser mulher, por ser negra e, conseqüentemente, por sua classe social (OLIVEIRA, 2006).

No Brasil colônia, a figura da jovem mulher negra apresentava-se de maneira subalterna e objetificada. Um exemplo disso, era figura da mãe preta de aluguel (FREYRE, 1978) que, assim como gado, era propriedade e mercadoria escrava leiteira. Dessa forma, eram obrigadas a cuidar e nutrir o filho branco do senhor, enquanto tinham seus próprios filhos afastados e forçosamente abandonados. Pode se perceber que tal comportamento ainda reverbera na atualidade pois, no ano de 2021, uma jovem babá negra se joga do terceiro andar de um prédio de alto luxo na Bahia – um dos territórios com maior fluxo de negros escravizados – a fim de fugir do cárcere privado ao qual era submetida para cuidar de quatro crianças enquanto sofria agressões físicas e psicológicas (G1,2022)

Além disso, tais mulheres tinham sua juventude marcada por violência sexual, visto que seus corpos eram utilizados como ferramenta para manter a força de trabalho, e sua violação era naturalizada (MATOS; CRUZ, 2018, p.2). De acordo com Matos e Cruz (2018) a mescla do poder racial e de classe, garantia ao homem branco o *direito* ao corpo destas mulheres. Dessa forma, apesar do o abuso sexual ter se tornado algo comum durante o período escravagista, ainda reflete nas dinâmicas modernas.

Nesse sentido, a Rede de Observatórios da Segurança, em conjunto com a Universidade Federal da Bahia, analisou os dados do Sistema Único de Saúde, de 2007 a 2017, 73% dos casos de violência sexual, registrados no Brasil, eram de mulheres negras. Inclusive, também foi observado que houve um aumento de quase 10 vezes mais casos dessa violência em mulheres negras quando comparadas a mulheres brancas (UFBA, 2017).

Outro modo de se observar a relação entre violência e gênero está na disparidade de

assassinatos entre mulheres negras e brancas. Conforme o Índice de Vulnerabilidade Juvenil de 2017, o risco de uma jovem negra ser assassinada no Brasil é duas vezes maior do que jovens brancas. Tal assertiva é acompanhada pelos dados apresentados pelo Atlas da violência publicado em 2018, já que entre os anos 2006 a 2016, a taxa de homicídios entre as mulheres negras é de 5,3 enquanto a de mulheres brancas corresponde a 3,1, com diferença de 71%. Além disso, o número de mulheres negras assassinadas aumentou em 15,4%, enquanto a taxa entre mulheres brancas diminuiu 8% (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019). Com isso, o Brasil é colocado como o 5º país que mais mata mulheres no mundo, sendo 66,6% delas são negras (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019).

Juventude viva: marcos e políticas de combate à violência e a discriminação racial

Desde o século XX, os coletivos negros lutavam, de forma orgânica, por acesso a políticas públicas, em especial, a saúde. Mesmo após a consolidação do Sistema Único de Saúde, o movimento negro evidenciava a importância de se efetivar políticas que atendessem as suas especificidades, pois era necessário superar as barreiras sócio-históricas enfrentadas por ela no acesso à saúde (WERNECK, 2016).

Diante desse cenário, um momento histórico na direção de superar esse obstáculo, ocorreu em 1996: a Marcha Zumbi do Palmares, na qual se buscou discutir, dentre outras importantes questões, o reconhecimento da associação entre o racismo e vulnerabilidades em saúde, a fim de que a pauta se tornasse objeto de análise na formulação de estratégias de gestão pública. Nesse sentido, foi instituído o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra, possibilitando a formulação de propostas de ação governamental para diversas pautas, dentre elas a saúde (WERNECK, 2016; MEMORIAL DA DEMOCRACIA, 2015).

Com isso, em 2009, por meio da Portaria nº 992, instituiu-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e nela, dispõe que a condição da população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, no caso das mulheres negras, são vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o qual agrava as vulnerabilidades. Com isso, o compromisso, no âmbito do SUS, ao combate de ordem socioeconômica e cultural e reconhecimento do racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde e suas iniquidades (BRASIL, 2009).

No entanto, a política foi acompanhada por entraves na sua implementação. De acordo com Faustino (2012), ao fazer um mapeamento sobre as ações governamentais que objetivavam a redução das disparidades raciais identificou apenas no: Programa Saneamento Rural,

Programa Proteção e Promoção dos Povos Indígenas, Programa Brasil Quilombola e a Política Nacional de Atenção Básica (FAUSTINO, 2012).

As dificuldades no acesso a bens e serviços, bem como a garantia do direito a proteção e a vida promovem impactos ainda maiores na população jovem. A negligência ou improvisação na construção de políticas públicas somados aos problemas econômicos de muitos países na América Latina geram tensões entre esse grupo e acabam fomentando a violência juvenil (ABRAMOVAY, 2015).

Diante da sua magnitude, foi necessário incluir o combate à violência na Agenda 2030. Esta Agenda é um plano de ação que busca fortalecer a paz universal com mais liberdade (UNITED NATIONS, 2016). Nela, estão contidos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), dentre eles o 4º ODS, que visa assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos; e o 16º ODS, que visa promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, bem como fornecer acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis (UNITED NATIONS, 2016).

No intuito de consolidar compromissos com os Estados-membros e sociedade civil, bem como promover ações de inclusão e proteção da população negra, lançou outra agenda: Década Internacional de Afrodescendentes das Nações Unidas (2015-2024) (NAÇÕES UNIDAS, 2015). Nesse documento, é reconhecido que a discriminação racial e violência sofrida pelos afrodescendentes nas Américas e o processo histórico de escravização foram fundantes para a situação de vulnerabilização social, ainda hoje vivenciada por esse grupo (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Já o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) evidencia que a redução iniquidades, sobretudo no que tange a pobreza, a desigualdade e a exclusão social, no Brasil, está atrelada ao fortalecimento de iniciativas de combate ao racismo. Nesse sentido, o PNUD implementou o projeto de cooperação internacional com a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SNPPIR) do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), com o intuito de potencializar ações de desenvolvimento de órgãos e conselhos direcionadas à promoção da igualdade racial (NAÇÕES UNIDAS, 2019).

Apesar dos diversos marcos internacionais, as políticas de promoção da igualdade racial não são asseguradas integralmente a sua implementação ou efetivação, bem como, passam por constantes retrocessos em seu processo histórico.

A Secretaria de Promoção de Políticas de Inclusão Racial (Seppir) foi criada em 21 de março de 2003 com o objetivo de impulsionar o debate e de institucionalizar a Igualdade Racial nas políticas públicas para a superação do racismo e consolidação de uma sociedade democrática.

tica (GONÇALVES, 2016). A exemplo disso, foi um dos principais agentes na consolidação da Lei de cotas para negros nos concursos públicos, políticas de promoção de igualdade racial, como o Brasil Quilombola e o plano Juventude Viva.

Entretanto, a Seppir, amargou desde 2011 um declínio no orçamento que inviabilizou avanços no combate ao racismo (SILVA, 2018). Após o golpe de 2016, o presidente Temer inicia cortes drásticos e extingue de vez a secretaria (GONZÁLEZ; SANTOS, 2020) sendo transformada em secretaria especial (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade racial), o que a desliga da presidência e a vincula ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos.

Já no Governo Bolsonaro, o ministério passa por uma mudança de nomenclatura, sendo hoje intitulado como Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Estava evidente que, mais do que nunca, as políticas de igualdade racial seriam invisibilizadas. Hoje, temos como forma de organização e articulação federativa o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SINAPIR). Instituído pelo Estatuto da Igualdade Racial – Lei nº 12.288/2010, o SINAPIR é voltado à implementação do conjunto de políticas e serviços destinados a superar as desigualdades étnico-raciais no Brasil (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS, 2018). No entanto, há dificuldades em acompanhar as ações uma vez que os dados não estão disponíveis (GONZÁLEZ; SANTOS, 2020).

Quanto às políticas de combate à violência, no Brasil, o Ministério da Saúde, lançou a Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001, que contempla a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, no caso da violência interpessoal (agressões/homicídios), (BRASIL, 2002)

O *bullying* e a violência escolar ganharam centralidade em 2011, após a tragédia ocorrida no Rio de Janeiro, onde um jovem de 24 anos invadiu sua antiga escola e matou 11 crianças (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2019). No entanto, apenas em 2015, foi sancionada a Lei nº 13.185/2015 que institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*) (BRASIL, 2015). Nela, além de caracterizar essa intimidação sistêmica como violência física ou psicológica, incentiva implementar ações de prevenção, conscientização e educação que envolvam escola e comunidade (BRASIL, 2015).

Vale salientar ainda, que o programa evidencia não só a importância de promover a capacidade empática, adotar mecanismos alternativos de promover responsabilização a fim de evitar o caráter punitivista e fomentar a cultura de paz, como também estabelece que os Estados e municípios têm a obrigação de elaborar e publicar, bimestralmente, relatórios das ocorrências de *bullying* para o planejamento (BRASIL, 2015). Porém, segundo a União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação, as ações de antibullying são pontuais. O desconhecimento por

parte das escolas e a falta de informação quanto aos relatórios dificultam o acompanhamento e sistematização das ações em todo âmbito nacional (UNDIME,2017).

A PNSIPN traz à tona, em 2017, a necessidade de efetivar uma política voltada à proteção da juventude (BRASIL, 2017). Nesse contexto, criou-se o Plano Juventude Viva, um marco enquanto política de enfrentamento contra a juventude negra. Com o objetivo de estruturar ações para a defesa da vida da população negra, principalmente daqueles em situação de maior vulnerabilidade social e econômica, o Plano visa viabilizar o monitoramento, a avaliação das múltiplas violências e promover o acesso universal às políticas públicas à essa população (BRASIL, 2018).

Considerações finais

Diante do exposto, fica evidente que o processo de naturalização da violência contra a juventude negra faz parte de um projeto político, histórico e sistemático a fim de inviabilizar o direito básico de existir. Além disso, vale destacar que apesar dos marcos legais com relação ao combate e a violência bem como a outras políticas afirmativas não foram suficientes, uma vez que o estado não coloca como prioridade a implementação delas o que contribui para a mortalidade da juventude, sobretudo negra.

Referências

ABRAMOVAY, M. Violências nas Escolas. In: **Programa de prevenção à violência nas escolas**. [s.l: s.n.]. p. 24.

ANDRADE, S. S. C. DE A. et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 21–30, mar. 2012.

BARCELLOS, W. D. S.; BARRETO, A. C.; JESUS, D. Violência urbana: criminalização da pobreza e a disputa territorial do tráfico de drogas. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v. 25, n. 2017, p. 38–57, 2017.

BEHARIE, N. et al. Associations of adolescent exposure to severe violence with substance use from adolescence into adulthood: Direct versus indirect exposures. **Substance Use & Misuse**, v. 54, n. 2, p. 191–202, 2019.

BOEN, C. E.; KOZLOWSKI, K.; TYSON, K. D. “Toxic” schools? How school exposures

during adolescence influence trajectories of health through young adulthood. **SSM - Population Health**, v. 11, p. 100623, 1 ago. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Decreto-Lei n.º 145, de 11 de julho de 1893**. Autorisa o Governo a fundar uma colônia correccional no proprio nacional Fazenda da Boa Vista, existente na Parahyba do Sul, ou onde melhor lhe parecer, e dá outras providencias. Rio de Janeiro. 1893.

BRASIL. Secretaria de Governo. **Plano Juventude Viva: um levantamento histórico**. Brasília. 52p, 2018. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/navegue-por-temas/igualdade-racial/programas/PlanoJuventudeVivaUmlevantamentohistorico.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2020.

CERQUEIRA, Det al. Atlas da violência 2017. Rio de Janeiro: IPEA, 2017.

CERQUEIRA, D.R.C; BUENO, S. Atlas da violência 2020. In: Atlas da violência 2020. 2020. p. 91-91.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2019**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

CERQUEIRA, D. et al. Atlas da violência 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlas-violencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

CERQUEIRA, D.; SANTA, D.; COELHO, C. **2267 Democracia Racial e homicídios de jovens negros na cidade partida**. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 11 mar. 2020.

CONCEIÇÃO, L. J. DA; LIMA, K. M. DE; SOARES, J. DE L. Resistência negra e pós abolição no brasil. **Emblemas**, v. 16, n. 2, p. 82–94, 2019.

COSTA, D. H. DA et al. Homicídios de jovens: os impactos da perda em famílias de vítimas1,2. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 685–705, 2017.

DE OLIVEIRA, R. S. Religiões afro-brasileiras. Da degenerescência à herança nacional: lendo Nina Rodrigues. **Revista do Núcleo de Estudos de Religião e Sociedade (NURES)**. ISSN 1981-156X, n. 15, 2010.

FANON, F. BRANCAS, Mascaras. Pele negra, máscaras negras. **Porto: Paisagem**, 1975.

FREYRE, G. Casa-grande e senzala. 19. ed. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1978.

GLOBO. **Patroa suspeita de agredir e manter babá em cárcere privado em Salvador deixa apartamento sob vaias e escoltada pela polícia. Salvador.** 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2021/09/03/patroa-suspeita-de-agredir-e-manter-baba-em-carcere-privado-em-salvador-deixa-apartamento-sob-vaia-e-escoltada-pela-policia.ghtml>. Acesso em: 28 jan 2022.

FURLONG, M.; MORRISON, G. The school in school violence: Definitions and facts. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, v. 8, n. 2, p. 71–82, 2000.

KARMALIANI, R. et al. Peer violence perpetration and victimization: Prevalence, associated factors and pathways among 1752 sixth grade boys and girls in schools in Pakistan. **PLOS ONE**, v. 12, n. 8, p. e0180833, 17 ago. 2017.

KILLEN, M.; MULVEY, K. L.; HITTI, A. Social Exclusion in Childhood: A Developmental Intergroup Perspective. **Child Development**, v. 84, n. 3, p. 772–790, 1 maio 2013.

KRUG, Etienne G. et al. **The world report on violence and health.** The lancet, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.

LEWIS, T. T.; COGBURN, C. D.; WILLIAMS, D. R. Self-reported experiences of discrimination and health: Scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 11, p. 407–440, 1 mar. 2015.

LOHMAN, B. J. et al. Understanding Adolescent and Family Influences on Intimate Partner Psychological Violence During Emerging Adulthood and Adulthood. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 42, n. 4, p. 500–517, abr. 2013.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: Análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 142–156, 2017.

MARTINS, C. B. DE G.; JORGE, M. H. P. DE M. Óbitos por causas externas em cuiabá, 0 a 24 anos: Perfil das vítimas e famílias segundo a intencionalidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 454–468, jun. 2013.

MATOS, N. A; CRUZ, A. C. S. Mulheres, raça e classe. *Travessias*, Cascavel, v. 12, n. 2, p. 105-111, 2018

MCKOWN, C.; WEINSTEIN, R. S. The Development and Consequences of Stereotype Consciousness in Middle Childhood. **Child Development**, v. 74, n. 2, p. 498–515, 1 mar. 2003.

MELO, D.Z.F.; CASTRO, Janete Lima. Do racismo institucional à divisão racial do trabalho: reflexões sobre a população negra no contexto da saúde. IN: BARBOSA, Isabelle Ribeiro; AIQUOC, Kezauyn Miranda; SOUZA, Talita Araujo de (org.). **Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil**. Natal: EDUFRN, 2021. p. 255-264.

MELLO, F. C. M. et al. A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2939–2948. 2017.

MELLO, F. C. M. et al. Evolution of the report of suffering bullying among Brazilian schoolchildren: National scholl health Survey - 2009 to 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 1 jan. 2018.

MILANEZ, F. et al. Existência e Diferença: O Racismo Contra os Povos Indígenas. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. 3, p. 2161–2181, set. 2019.

MINAYO, M. C. DE S. **Violência e saúde**. Editora Fiocruz, 2006.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Editora Perspectiva SA, 2016.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; LUIZ, R. R. Mortality by skin color/race and urbanity of Brazilian cities. **Ethnicity and Health**, v. 22, n. 4, p. 372–388, 2017.

OLIVEIRA, M. A. B. **Mulher e violência em Maceió: um pensar sobre sua história**. 2006. Dissertação (Mestrado em História Social). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. **Saúde e sexualidade de adolescentes**. Construindo equidade no SUS. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017

PRETO, F. O. **Emicida: AmarElo - É Tudo Pra Ontem | Site Oficial Netflix**, 2020. Disponível em: <<https://www.netflix.com/br/title/81306298?source=35>>. Acesso em: 3 out. 2021

RODRIGUES, A. R. A Infância Esquecida. Salvador 1900 – 1940. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998.

RODRIGUES, A. R. A infância esquecida: Salvador 1900-1940. In: A infância esquecida: Salvador 1900-1940. 2003. p. 260-260.

RUOTTI, C. et al. A vulnerabilidade dos jovens à morte violenta: um estudo de caso no contexto dos “Crimes de Maio”. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 733–748, 1 set. 2014.

SCHABBACH, L. M. Exclusão, ilegalidades e organizações criminosas no Brasil. **Sociologias**, n. 20, p. 48–71, 2008.

SCHWARCZ, L.; MENEZES NETO, H. Quando o passado atropela o presente: notas de um Brasil que insiste no racismo. **Cadernos de Campo (São Paulo, 1991)**, v. 25, n. 25, p. 31, 2 out. 2017.

SILVA, A. DA et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. suppl 2, p. e180004, 4 fev. 2018.

SILVA, C. L.; BARROS, A. M. D. B. O FEMINICÍDIO DAS MULHERES NEGRAS. **Revista do Curso de Direito do Centro Universitário de Barra Mansa/UBM**, v. 1, p. 1.

SILVA, L. A. M. DA. Criminalidade violenta: por uma nova perspectiva de análise. **Revista de Sociologia e Política**, v. 13, n. 13, p. 115–124, nov. 1999.

SOUTO, R. M. C. V. et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2811–2823. 2017.

SOUZA, O. S.. “Pequenos gatunos, vadios, vagabundos, delinquentes...” Menores à margem da lei em Salvador Primeira República (1889-1920). **Revista Discente Ofícios de Clio**, v. 5, n. 9, p. 220, 2020.

STELKO-PEREIRA, A. C. Reflexões sobre o conceito de violência escolar e a busca por uma definição abrangente Palavras-chave: On the concept of school violence and the search for its definition. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 45–55, 2010.

UNESCO. **Juventude no Brasil**. Brasília. 2018. Disponível em: <<https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/expertise/youth-brasil>>. Acesso em: 11 mar. 2020

UNITED NATIONS. **Transforming Our World: The 2030 Agenda For Sustainable Development**. Geneva: [s.n.].

DESA, U. N. et al. Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. 2016.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, S. AND C. O. **School Violence and Bullying: Global Status Report** Paris UNESCO, 2019. Disponível em: <<http://unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-en>>

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. **TRAJETÓRIAS INTERROMPIDAS. Homicídios na adolescência em Fortaleza e em seis municípios do Ceará.** Fortaleza: [s.n.].

UNICEF et al. Trajetórias interrompidas: homicídios na adolescência em Fortaleza e em Seis municípios do Ceará. 2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Global Study on Homicide 2013: trends, contexts, data.** Vienna: [s.n.].

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Global study on homicide 2013: trends, contexts, data.** UNODC, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. REDE DE OBSERVATÓRIOS DE SEGURANÇA. **A cor da violência: Uma análise dos homicídios e violência sexual na última década.** Salvador. UFBA. 2017.

VERDÉLIO, A. et al. **Violência mata uma criança ou um adolescente a cada 7 minutos.** Agência Brasil. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2017-11/unicef-violencia-mata-uma-crianca-um-adolescente-cada-7-minutos>>.

SEÇÃO 5- TEMAS GERAIS

CAPÍTULO 18 - DISCUTINDO DEFICIÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Euclenes Felinto Medeiros
Mercês de Fátima dos Santos Silva

Introdução

O termo deficiência deve ser entendido como um conceito amplo e relacional; correspondendo a qualquer forma de desvantagem advinda da relação do corpo com suas possíveis lesões e com a sociedade. Para uma melhor compreensão desta casualidade, lesão é definida por sua relação com doenças crônicas, desvios ou traumas que geram restrições das habilidades, de atividades e de participação no ambiente social das pessoas com deficiência, quando se compara com indivíduos que não as possuem. A lesão, assim, é percebida apenas como expressão da biologia e é isenta de sentido. Já a deficiência é afirmada, de certa forma, segundo as sociedades nas quais as pessoas com deficiência estão inseridas, tratando-se então de um fenômeno socioantropológico (DINIZ, 2003). E é nesta perspectiva que iremos discutir a temática, pensando a deficiência por seu significado histórico e sociocultural no processo de saúde-doença e cuidado em tempos de pandemia.

A pandemia da COVID-19 intensificou os desafios relacionados à assistência, cuidado em saúde e proteção social das pessoas com deficiência (SALDANHA et al., 2021). Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS, 2019), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, estima-se que as pessoas com deficiência representam 8,4% da população. No Nordeste brasileiro é a região com maior percentual de pessoas com deficiência, apresentando 9,9% da sua população (IBGE, 2021), o que representa um percentual alto de pessoas que já vivenciavam a invisibilização e o confinamento, além de estigmas e discriminação social e uma rotina de necessidades de cuidado em saúde, e tiveram sua vulnerabilidade social agravada durante a pandemia (SALDANHA et al., 2021).

Assim, perceber que a deficiência como produção social do processo de saúde-doença e cuidado, leva-nos a discussões que vão além de limites físicos e biológicos, encaminhando-nos a percepção da existência de barreiras atitudinais, ambientais e institucionais impostas na sociedade (SALDANHA et al., 2021), que inviabilizam a biopotência de formas diferentes de

vida (BRASIL, 2014). Parte-se da compreensão de que o cuidado à saúde de pessoas com deficiência, deve tomar como base a concepção ampliada de saúde, considerando as determinações sociais de saúde e a vida também como produção cultural.

O que se coloca é que já é um grande desafio a construção da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – (RCPCD) no Brasil, de forma geral, e sua implementação dado a construção de uma narrativa de dificuldade que se impõe no discurso de gestores e da sociedade com suas limitações de entrar em contato com a diferença, o desconhecimento e a ausência de experiência no cuidado com pessoas com deficiência (BRASIL, 2014). Dessa forma, pensar as pessoas com deficiência traz a complexidade de tomar a diferença, o outro, como centro da discussão, levando em consideração as formas de vida, a maneira como as pessoas constroem sua política de existência. Para tanto, faz-se necessário colocar o foco na experiência, conjugando discursividade, contextos e as formas como nos relacionamos e negociamos com a diferença para o controle dos corpos ou para o respeito à dignidade humana e garantias de direitos aos sujeitos.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu as pessoas com deficiência como grupo de risco para COVID-19, recomendando ações específicas de prevenção, controle, assistência, cuidado e proteção social (ONU, 2020). Faz-se necessário que os governos e as instituições sociais criem ações que contribuam para a garantia de direitos e proteção da vida dessas pessoas por meio de medidas que fortaleçam os vínculos sociais e que contribuam com a autonomia das pessoas com deficiência na perspectiva do autocuidado (SALDANHA et al., 2021).

Por isso, refletir sobre deficiência ganha um sentido singular, quando pensamos nessa temática em tempos de pandemia da COVID-19 e no cenário de retrocessos de direitos políticos contra esta população. Propomos, no presente texto, discutir esta temática resgatando os significados dos paradigmas tradicional, de suporte e de serviços; explicar acerca dos modelos biomédico, social e biopsicossocial da deficiência; debater sobre a normatização dos corpos, a fim de compreendermos que, mais do que um corpo com impedimentos, a pessoa com deficiência foi e é marcada e envolta de significados sociais de preconceito e exclusão, marcas intensificadas durante a pandemia da COVID-19.

Paradigma tradicional, de suporte e de serviços às pessoas com deficiência

Durante muito tempo, a deficiência era concebida por causas fundamentalmente religiosas, por tratamentos de exclusão total do convívio social, passando a explicações de cunho científico e, mais recentemente, analisada no âmbito social. Muito se caminhou até o entendimento hodierno, mas não homogêneo, deste conceito.

A fim de observarmos as mudanças no perceber e tratar a deficiência, bem como pensar criticamente a respeito de práticas antigas de exclusão que ainda perduram na atualidade, ire-

mos abordar sobre estes três paradigmas: o tradicional, o de suporte e o de serviços. Emergindo a partir do século XVIII, o Paradigma da Institucionalização, também denominado Paradigma Tradicional, incentivou a remoção das pessoas com deficiência de suas casas e comunidades originárias com a justificativa de proteção, tratamento e processo educacional. Para tanto, fixava-se as pessoas com deficiência em instituições residenciais segregadas ou, até mesmo, em escolas especiais, localizadas bem afastadas de suas famílias, isolando-as do convívio social (ARANHA, 2001).

Podemos assim perceber que segregar as pessoas com deficiência não é algo apenas de um passado distante, muito pelo contrário, ainda tocamos hoje em discursos que apoiam a criação de espaços educacionais que separem as pessoas com deficiência dos(as) demais estudantes, segundo Santos e Moreira (2021). Outra questão a se pensar corresponde a segregação da pessoa com deficiência que ocorre ao se limitar o acesso por meio de barreiras físicas ou até mesmo pela ausência de serviços. Desta forma, acabamos, em tempos atuais, por refletir práticas similares aquelas de paradigmas considerados extintos no século atual.

A Revolução Industrial influenciou fortemente questões econômicas e sociais. Com a expansão e as pressões próprias do modo de produção capitalista, surge, junto a produção em série, a necessidade da escolarização em massa dos trabalhadores a fim de beneficiar o capital (PERANZONI; FREITAS, 2000). E como ficam as pessoas com deficiência nestes processos? Como o modo de produção capitalista percebe essas pessoas? Podemos concluir que o capitalismo percebe as pessoas com deficiência como sem utilidade para seu modo de produção, considerando ser este sistema pouco sensível à diversidade (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009) e voltado para a obtenção excessiva de lucro. Em outras palavras, conforme Rosseto (2006), a pessoa com deficiência é entendida como uma espécie de ferramenta com defeitos, não satisfazendo aos interesses do comprador de mão-de-obra que só visa o capital.

Até o início do século XIX, a deficiência ainda se encontrava relacionada a esta ideia de inutilidade, incapacidade e dependência. Apenas no fim desse século e início do XX a situação começou, a passos lentos, a se modificar (PERANZONI; FREITAS, 2000). Um dos episódios que contribuiu com essas mudanças correspondeu as consequências da Segunda Grande Guerra. Muitos soldados que foram mutilados nos campos de batalha retornaram para suas pátrias, necessitando de reintegração social (SANTOS; OLIVEIRA, 2009).

Alguns desses cidadãos corresponderam aos primeiros ativistas com deficiência e trouxeram novos dilemas às autoridades públicas, tratando da proteção social às pessoas com deficiência em uma realidade de exclusão e ausência de proteção estatal para essas pessoas. Nesta perspectiva, a proteção social às pessoas com deficiência tornou-se uma questão política que ganhou forças com o emergente movimento de pessoas com deficiência (FRANÇA, 2014).

Com o perceptível fracasso do paradigma tradicional de institucionalização em restaurar as pessoas com deficiência em suas relações interpessoais, em inserir na vida em socie-

dade e de produtividade laboral e educacional, surgiu um processo de desinstitucionalização fundamentado na ideologia da normalização, como uma nova forma de integrar a pessoa com deficiência ao convívio social, denominado por Paradigma de Serviços, a partir de 1960. Esse paradigma objetivou fazer com que a pessoa com deficiência adquirisse condições e padrões da vida próximos ao considerado “normal” pela sociedade. Esse princípio da normalização ofereceu apoio filosófico aos movimentos de desinstitucionalização por meio da criação de programas comunitários (ARANHA, 2001).

É salutar refletir acerca dessa necessidade de uma “normalização”. Perceber a deficiência por meio dessa óptica é tratá-la como desvio. Como principal forma de normalizar individualmente a pessoa com deficiência encontramos a busca por reabilitação. Entretanto, fazendo uma releitura histórica da deficiência, percebemos, a nível sistêmico, algumas tentativas por normalizar a deficiência. Citamos o infanticídio – à medida que se exterminava os nascidos com algum tipo de deficiência – e a eugenia – à medida que objetivava o controle da população por meio de algumas características físicas em vista de um falso aprimoramento da raça humana (FRANÇA, 2014). Podemos afirmar que em ambas as situações macrosociais, as pessoas com deficiência foram descartadas, subjugadas e condenadas por uma falsa e perigosa ideia de normalização.

Diante dessas críticas e das discussões sobre os direitos das pessoas com deficiência, o Paradigma de Serviço foi enfraquecendo e cedendo lugar ao Paradigma de Suporte. Este, por sua vez, datando a partir de 1990, defendia que a pessoa com deficiência tem direito ao convívio social e aos mesmos recursos dispostos aos demais membros da sociedade. Afirma a necessidade de inclusão e de se intervir de forma incisiva nos processos de desenvolvimento do sujeito e de reajuste da própria realidade social (ARANHA, 2001).

Destarte, conforme Fernandes, Schlesener e Mosquera (2011), acerca ainda do Século XX, podemos afirmar a existência de relevantes avanços para as pessoas com deficiência, destacando desde aprimoramentos de suportes – como a criação e melhorias de cadeiras de rodas, sistema de ensino para surdos e cegos – à elaboração de leis e políticas para as pessoas com deficiência, percebendo-as como cidadãos de direito e deveres.

Como exemplo de avanço temos a aprovação em 2001 da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que foi fruto de longas discussões acerca das potencialidades e limites dos modelos biomédico e social da deficiência. O diálogo desses modelos desencadeou na proposta de um documento com um vocábulo biopsicossocial para descrever os impedimentos corporais, incorporando a avaliação das barreiras e da participação social (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Modelos biomédico, social e biopsicossocial da deficiência

O denominado modelo biomédico da deficiência percebia a pessoa com deficiência como alguém que apresenta uma determinada patologia, na qual os considerados desvios de normalidade deveriam ser diagnosticados e tratados. Com um enfoque de cunho curativo, o modelo biomédico deixava de lado a singularidade de cada indivíduo, centrando-se na patologia e na busca pela cura (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Para o modelo biomédico, a causa da deficiência está no próprio indivíduo e não na sociedade que o cerca (DINIZ, 2003). Defende a existência de uma relação de causalidade, bem como dependência entre impedimentos dos corpos e desvantagens sociais vividas pelas pessoas com deficiência. Desta forma, sua proposta de ação encontra-se pautada na intervenção nos corpos com impedimentos por meio de saberes biomédicos. Para este modelo, esses impedimentos eram definidos como desvantagens de cunho natural e indesejável. Para tanto, propõe-se a execução de práticas de reabilitação e/ou curativas como respostas e soluções disponibilizadas e até mesmo impostas aos corpos a fim de acabar ou diminuir os considerados sinais da anormalidade. Acreditava ainda que a desigualdade vivenciada por meio da segregação social, desemprego e baixa escolaridade justificava-se pela falta de habilidade do corpo da pessoa com deficiência para o trabalho produtivo, e não por motivos sociais (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Em contrapartida, conforme Augustin (2012), o modelo social de deficiência, tendo seu marco inicial na Grã-Bretanha e relacionado aos movimentos sociais efetivados entre as décadas de 1960 e 1970 em favor dos direitos humanos e respeito à diversidade, pautou-se por críticas ao denominado modelo biomédico, buscando-se perceber a deficiência por seu aspecto sociológico. Afirmava-se que o real problema não estava na pessoa e/ou na sua deficiência, mas na exclusão social.

Os teóricos do modelo social, apesar de apoiarem as técnicas de tratamento advindas por meio dos avanços técnico-científicos, criticavam o amplo processo de medicalização pelo qual passavam as pessoas com deficiência. Afirmando ser a deficiência um fenômeno sociológico, para o modelo social, os esforços deveriam centrar-se muito mais em alterar os condicionantes e estruturas que reforçavam e até mesmo provocavam a deficiência, em troca de apenas diagnosticar, tratar ou curar as lesões ou as pessoas com deficiência (DINIZ, 2003).

Segundo França (2014), o modelo social da deficiência, desta forma, subsidiou politicamente as lutas travadas pelos movimentos sociais das pessoas com deficiência, mormente na Europa. Em outras palavras, este modelo traz que a deficiência não se encontra nos corpos, mas sim nas relações sociais que acabam por definir os espaços e vidas das pessoas com lesões; tratando-se, portanto, de um fenômeno eminentemente social.

Ainda sobre o modelo social da deficiência, destacamos que ele foi criado pela *The Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS), constituída na década de 1970, é caracterizada por corresponder a pioneira organização política que tratou acerca da de-

ficiência. Com a finalidade de mudar as formas de se perceber a deficiência, a UPIAS combatia o modelo biomédico buscando-se retirar do centro da discussão a lesão e incentivando o debate sobre a opressão social (VIANNA, 2018).

Os teóricos da primeira geração do modelo social da deficiência tinham dois objetivos principais: ampliar o entendimento da deficiência por meio de uma visão multidisciplinar e não apenas biomédica; e favorecer uma percepção sociológica na qual a opressão vivenciada pela pessoa com deficiência deveria ser entendida como fruto do sistema capitalista. Para tanto, apresentavam como premissa a independência entendida como um valor ético a toda pessoa, apontando as barreiras sociais como o maior entrave a sua execução (DINIZ, 2007).

Conforme Vianna (2018), já para os teóricos da segunda geração, estas barreiras impostas pela sociedade não poderiam ser observadas de forma isolada, necessitando-se compreendê-las a partir de determinados valores culturais que podem ser marcados por alguns determinantes sociais. Esta segunda geração (1990 e 2000), também marcada pela presença de teóricas feministas, fazia críticas ao sistema capitalista e a tipificação do indivíduo produtivo para o capital como não deficiente. Almejavam a inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho por meio da quebra das barreiras sociais, buscando-se a inclusão. Com a segunda geração do modelo social da deficiência emergiram temas como cuidado, lesão, dor, dependência e interdependência da pessoa com deficiência (DINIZ, 2007).

As teóricas feministas ressaltavam o debate acerca da deficiência sobre três lógicas, sendo: emergência do corpo lesionado; crítica ao princípio de igualdade que buscava a independência das pessoas com deficiência; e o pensar acerca do cuidado (DINIZ, 2007). Percebemos que a entrada destas teóricas feministas nos estudos e debates sobre a deficiência permitiu complexificar a discussão na medida em que considerava a lesão dos corpos e a negação da ideia de que toda pessoa com deficiência almejava ou ainda seria capaz de tornar-se totalmente independente (GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

Por fim, para que se bem compreenda as diferenças entre as duas gerações de teóricos citadas, destacamos que enquanto a primeira geração era formada primordialmente por homens com deficiência física que reforçaram a eliminação de barreiras arquitetônicas como a principal garantia da participação social para as pessoas com deficiência; a segunda geração incorporou mulheres com deficiência e mães cuidadoras que acreditavam ser insuficiente para a participação social a eliminação de barreiras arquitetônicas. Elas trouxeram para a discussão a questão da transversalidade da deficiência, da dor e do cuidado, considerando que muitas pessoas com deficiência necessitariam destes mesmos cuidados durante toda sua existência (LUIZ, 2020).

Importa mencionarmos que, segundo Diniz, Medeiros e Squinca (2007), após vinte anos de discussão fomentada pelo modelo biomédico e o social, instaura-se o modelo biopsi-social da deficiência como nova perspectiva de linguagem que tentou fundir os dois modelos anteriores e que foi utilizado para a revisão do sistema classificatório da Organização

Mundial de Saúde (OMS).

O modelo biopsicossocial apresenta assim uma abordagem psicológica, social e fisiológica; problematizando a articulação entre a deficiência, a corporeidade, bem como a inclusão. Difere do modelo biomédico por incluir a percepção social da deficiência e diverge do modelo social por discutir acerca da relevância da reabilitação e medicalização como elementos que não podem ser colocados fora dos debates sobre deficiência (SANTOS, 2018).

Entretanto, este modelo ainda não foi consolidado no SUS e nos serviços especializados, como por exemplo na RCPCD que precisa ser urgentemente regulada e organizada, sobretudo, na Região Norte e Nordeste. Ademais, em cenários de epidemias anteriores, como da epidemia de vírus Zika, demonstrou a lacuna da atenção especializada no SUS, dando visibilidade a não consolidação da rede e ao “*vazio assistencial pelo qual passam outras crianças e pessoas com doenças raras e com deficiências no país, e reafirmou os problemas enfrentados pelas famílias para garantir a continuidade do cuidado à saúde*” (REICHENBERGER et al., 2020, p. 02)

Normalização dos corpos

Ainda discutindo a deficiência, interessa-nos refletir como o corpo com deficiência é percebido pela sociedade. Pensar no corpo com deficiência só ganha sentido quando comparamos em nosso imaginário esse mesmo corpo com a representação de um corpo sem deficiência. É relevante pontuarmos que não se pode definir um corpo com deficiência por anormal, considerando que a anormalidade corresponde a um julgar baseado na estética que reflete, na realidade, um determinado valor moral acerca de estilos de vida (DINIZ, 2007).

Surgem assim outras questões: como a sociedade define um corpo patológico e um corpo normal? É de fácil entendimento que essas definições de normal ou de anormalidade escondem significados sociais? Quem seria capaz de fazer estas distinções dos corpos? Qual o limiar entre a saúde e a doença?

Sobre essas interpelações, propomos refletir, primeiramente, acerca do sentido de anormalidade atribuído a um determinado estado patológico. No momento em que se reconhece a doença também por tratar-se de uma norma biológica, o estado patológico precisa ser apreendido não por sua anormalidade. Ser ou não anormal depende da relação desta patologia com uma determinada situação. Sobre a mesma análise, para apreender alguém por normal e sadio, precisa-se primeiramente entender que estas condições não são integralmente equivalentes. Pode-se entender esta afirmativa quando se concebe o patológico também como normalidade (CANGUILHEM, 2009).

Definir ser alguém normal ou patológico exige que se observe para além do corpo desta

mesma pessoa (CANGUILHEM, 2009). Da mesma forma, pode-se pensar e contrapor a deficiência. Por muitos percebida como anormalidade. Entretanto, quem definiu este critério de anormalidade? A sociedade e seus preconceitos? Se uma pessoa com deficiência fosse inserida em espaços combatentes de preconceitos, questionando o real sentido de normal e anormalidade, os significados sociais e impactos para as pessoas com deficiências e suas famílias seriam bem menos devastadores.

Basta pensarmos que cada sociedade e tempo acolheu e acolhe a deficiência sobre diferentes perspectivas, conforme exemplificamos no início desta discussão. Não seria a lesão o maior limitador destes indivíduos e sim sua percepção social.

Sobre isso, pensemos que à medida em que se elevam as barreiras sociais, cresce também a restrição de participação para as pessoas com impedimentos no corpo. A partir da inserção do olhar biomédico, emergiu então a dicotomia entre o que seria pontuado por normal e patológico também no campo da deficiência. Desta forma, o desafio passa a ser a recusa da definição dos corpos com impedimentos como anormais (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Precisamos ainda compreender que não concordar com a ótica que define a deficiência como anormalidade, não significa dizer que um corpo com alguma deficiência não precisa ser tratado nem submetido a cuidados médicos. Toda pessoa, com ou sem impedimentos no corpo, procuram recursos de saúde em algum momento da vida. Outras pessoas precisam de assistência permanente para se manterem vivas. Destarte, não podemos definir deficiência atrelando-a unicamente a recursos médicos e biológicos. Corresponde, na realidade, a entendermos que os padrões impostos de anormalidade e normalidade precisam ser questionados e analisados também por uma abordagem social (DINIZ, 2007).

Existe, assim, um estigma sobre as pessoas com deficiência, no qual são muitas vezes deixadas de lado suas potencialidades e sua capacidade de relacionar-se com mundo, para centralizar na errônea ideia de incapacidade, bem como invalidez. Este fato impacta diretamente para as pessoas com deficiência que são, por muitas vezes, subjugadas, influenciando suas vidas nos mais variados âmbitos. Impor a estas pessoas uma característica de inferioridade corpórea e incapacidade de trabalho, desemboca na estratificação social, delimitando os espaços de participação na sociedade e impondo limites categóricos sobre as possibilidades de realização pessoal, profissional e afetiva das pessoas com deficiência (MARQUES, 1998).

Ainda sobre o estigma social da deficiência, percebemos ser este como uma espécie de rótulo que busca identificar a pessoa com deficiência mais por suas lesões corporais que como cidadãos. Ao reconhecermos uma pessoa por rótulos, os relacionamentos sociais para com esta passam a ser interações mais com os rótulos que com o próprio indivíduo. Assim, as pessoas estigmatizadas acabam por incorporar representações que os levam a se perceberem por uma determinada tipificação, negando-se como pessoa (SILVA, 2006).

Nesta linha de pensamento, surge outro conceito que precisa ser discutido, tratando-se do *capacitismo*. Este termo que deriva da palavra inglesa *ableism* – significando discriminação por causa da deficiência, corresponde a uma concepção social de que as pessoas com deficiência não são iguais, sendo consideradas menos aptas ou até mesmo incapazes de comandar as próprias vidas. Desta forma, a deficiência é percebida como um estado atenuado do ser humano. O *capacitismo* possui como característica encontrar-se embutido nas relações sociais, mas apresentando-se como uma visão sistêmica e opressora da pessoa com deficiência. Entendemos estar o *capacitismo* associado com a temática do corpo e do padrão ideal de corpo perfeito considerado normal e normativo (DIAS, 2013).

Destarte, o *capacitismo* materializa-se por meio de atitudes guiadas por preconceitos que definem as pessoas a partir da adequação ou não de seus corpos ao corpo pensado como ideal, tanto no que tange a sua capacidade funcional quanto a sua estética. Nesta perspectiva, põe-se de lado o entendimento de que as pessoas com deficiência são capazes de convívio social e de desenvolver outras habilidades para além de uma determinada limitação biológica (MELLO, 2016).

Cabe frisar que as medidas precisam de ações estratégicas contra o *capacitismo*. Esse *capacitismo* surge a partir da discriminação social para com as pessoas com deficiência quando não se reconhece suas reais necessidades, quando não se criam estratégias que corroborem com o acesso à mobilidade, além de condições que possibilitem o desfrutar da sociedade da mesma forma das demais pessoas. Nesta perspectiva, cabe-nos refletir que as inúmeras, constantes e históricas limitações impostas pela sociedade acabam por gerar uma sensação de permanente quarentena experienciada pelas pessoas com deficiência (SANTOS, 2020).

Importa salientar que essas mesmas legislações devem ser alvo de fiscalização, discussão e avaliação constantes pelas instituições de ensino, saúde, sociedade civil, gestores a fim de que não se torne uma letra morta. Basta pensarmos nos desafios hodiernos que sinalizam desconstrução de direitos já assegurados de inclusão nas leis brasileiras quando se debate e até incentiva o retorno à segregação dos(as) estudantes com deficiência dos(as) demais discentes.

Neste sentido, faz-se necessário consolidar e estabelecer medidas para a promoção da equidade, a garantia de estratégias de comunicação adequada e acolhedora, proteção, assistência social e em saúde, bem como a inclusão de pessoas com deficiências como protagonistas e sujeitos de direitos.

Deficiência e Pandemia da COVID-19

A população mundial foi surpreendida como uma pandemia que marcou seu início em dezembro de 2019 em Wuhan, China. As primeiras pessoas que contraíram o até então desco-

nhecido vírus relataram problemas no aparelho respiratório. O vírus denominado SARS-CoV-2 (ZHU et al., 2020) seria o causador da COVID-19, caracterizando-se por sua rápida proliferação na sociedade, o que levou à morte muitos daqueles que contraíram a doença.

Ainda no dia 30 do mês de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto da COVID-19 como emergência de saúde pública de impacto internacional. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020). Uma pandemia de um vírus desconhecido com alta transmissibilidade e que levava a muitos óbitos em escala global trouxe a emergência do isolamento social como uma das principais formas da não disseminação da doença, bem como contribuidor da corrida contra o tempo para que se conhecesse o vírus e se encontrasse eficazes tratamentos para imunização e cura.

Com o crescimento exponencial de casos de COVID-19, a ausência de planejamento federal em saúde; as limitações orçamentárias na saúde impostas pela Emenda Constitucional Nº 95 de 2016; as tensões políticas e científicas na sociedade sobre o enfrentamento da pandemia; a distribuição regional desigual dos recursos em saúde; apresentaram-se como desafios para o atendimento às pessoas com deficiência. A este cenário somam-se também a dificuldade de acesso ao SUS por pessoas com deficiência, tomando como analogia o observado na epidemia de síndrome congênita pelo vírus Zika, na qual se constatou a ausência de qualificação e despreparo dos profissionais de saúde para acolher e incluir nos serviços as crianças e famílias acometidas pelo vírus (REICHENBERGER et al., 2020).

Além disso, parte significativa de pessoas com deficiência está incluída no grupo de risco com mais chances de desenvolver a forma mais grave da COVID-19, (i) que seja pelas comorbidades que apresentam; (ii) que seja pela faixa etária, considerando que em média, as pessoas com deficiência são idosos e, portanto, mais propensas a adquirir condições de saúde (doenças cardiovasculares, respiratórias, renais e metabólicas), que são fatores determinantes para agravamento da infecção; (iii) que seja pelas peculiaridades de sua rotina de vida que exigem a presença de um (a) cuidador (a) e os impactos da doença sobre suas estruturas de apoio (família, amigos e serviços a que precisa recorrer).

Essas peculiaridades evidenciam que o distanciamento social não é possível para uma parcela da população, que enfrenta barreiras funcionais e sociais, e necessitam de apoio para atividades cotidianas. Ademais, devido ao indicativo de isolamento social, bem como, a suspensão de alguns serviços (terapias assistivas, consultas médicas de acompanhamento, instituições de educação), principalmente, na fase inicial da pandemia, levou as pessoas com deficiência a intensificarem seus desafios no que se diz respeito a sua condição de saúde e ao sofrimento psíquico-social (PEREIRA, 2020).

Nesta perspectiva, organizações de luta pelos direitos das pessoas com deficiência, organizações internacionais e nacionais de saúde reconheceram as pessoas com deficiência como grupo de risco para a COVID-19. Entretanto, salientamos que existiram atrasos no tocante a

elaboração e execução de planos de atuação para enfrentamento da COVID-19, focados neste público pelos governos. Outro ponto relevante nessa questão é o entendimento que as pessoas com deficiência não são inerentemente vulneráveis, tais vulnerabilidades são produzidas socialmente (SALDANHA et al., 2021).

Ao pensarmos na saúde de pessoas com deficiência, ressaltamos a urgência de o Estado adotar medidas de proteção social e manutenção de suas estruturas de apoio, de modo a garantir acesso, segurança, assistência adequada e serviços de promoção voltados para inclusão social das pessoas com deficiência. Ademais, faz-se necessário que essa adoção de medidas de proteção social seja conduzida em consulta às pessoas com deficiência, a partir de suas vivências e experiências, para que as respostas à COVID-19 sejam socialmente mais abrangentes, justas e efetivas, durante e pós-pandemia (REICHENBERGER et al., 2020).

Isto porque, mesmo diante do cenário desfavorável à assistência em saúde para essa população, no Brasil ainda são incipientes os dados produzidos sobre os efeitos da COVID-19 nas pessoas com deficiência. Os dados oficialmente divulgados sobre a infecção não apresentam informações desagregadas sobre a COVID-19 em pessoas com deficiência. Assim, como construir um programa com planejamento de ações estratégicas que ampliem a proteção e assistência social e de saúde ampliada durante e após a pandemia para as pessoas com deficiência? Como dimensionar quais medidas contribuirão para lidar com as consequências econômicas, sobretudo, para as populações mais vulneráveis, entre estas as pessoas com deficiência? (SALDANHA et al., 2021; REICHENBERGER et al., 2020).

Considerações finais

Já é sabido que a pandemia deixará um rastro problemático do ponto de vista sanitário, social, político e ético, ao revelar o fato de o frequente desinvestimento na saúde e na proteção de grupos historicamente marginalizados, como no caso das pessoas com deficiência. Isto porque, pensar sobre a assistência e o cuidado em saúde de pessoas com deficiência envolve a construção de projeto de sociedade, de rede de apoio intersetorial, investimento social, educacional, cultural e econômico, que leve em conta a vivência e experiência das pessoas com deficiência como sujeitos de direitos.

Espera-se que seja assegurado o direito ao acesso e ao atendimento à saúde e capacitação de profissionais de saúde para prepará-los para o atendimento à diferença, evitando tratamento discriminatórios nos serviços de saúde. Neste sentido e diante do cenário pandêmico, faz-se necessário a consolidação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde; a produção de dados epidemiológico sobre COVID-19 em pessoas com deficiência para elaboração de planos operacionais e ações de promoção da equidade, que garantam comunicação adequada e acolhedora, proteção, assistência social e saúde; a inclusão

de pessoas com deficiências com respeito à dignidade e aos seus direitos; além da diminuição de iniquidades em saúde e discriminação nos serviços ofertados.

Neste contexto, é de responsabilidade dos governos o fortalecimento e a garantia dos direitos dessa população, a partir da participação e controle social. A exemplo de conselhos municipais e organizações de pessoas com deficiência e familiares, deve-se apresentar uma atuação coordenada, monitorando diretrizes de ação e orçamento que abordem as medidas de prevenção à COVID-19, de modo a garantir disseminação de informações, bem como remover barreiras socioculturais e financeiras de acesso a cuidados de saúde (SALDANHA et al., 2021).

Referências

ARANHA, M.S. Paradigmas da relação entre a sociedade e as pessoas com deficiência. **Rev. do Ministério Público do Trabalho**, v. XI, n. 21, p. 160-176, 2001. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/JuraciConceio/paradigmas-da-relao-da-sociedade-com-as-pessoas-com-deficiencia>. Acesso em: 17 de junho de 2021.

AUGUSTIN, I. Modelos de deficiência e suas implicações na educação inclusiva. **IX ANPED Sul**, p. 1-6, 2012. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1427/655>>. Acesso em: 5 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diálogos (bio)políticos – sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

DIAS, A. Por uma genealogia do capacitismo: da eugenia estatal à narrativa capacitista social. **Anais II Simpósio Internacional de Estudos sobre Deficiência**, p. 1-14, 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/145111795-Por-uma-genealogia-do-capacitismo-da-eugenia-estatal-a-narrativa-capacitista-social.html>>. Acesso em: 18 de junho de 2021.

DINIZ, D. **Modelo social da deficiência: a crítica feminista**. 28. ed. Brasília: SérieAnis, 2003.

_____. **O Que é Deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W.R. Deficiência, direitos humanos e justiça. **SUR. Rev. Int. direitos human.**, v. 6, n. 11, p. 65-77, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sur/a/fPMZfn9hbJYM7SzN9bwzysb/?lang=pt>>. Acesso em: 3 de setembro de 2020.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, p. 2507-2510, 2007.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: ciclos de vida**. Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Convênio: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>>. Acesso em: 13 de dezembro de 2021.

FERNANDES, L.B.; SCHLESNER, A.H.; MOSQUERA, C. Breve Histórico da Deficiência e seus Paradigmas. **Rev. do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, v. 02, p. 132-144, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/181>>. Acesso em: 17 de junho de 2021.

FRANÇA, T.H. A normalidade: uma breve introdução à história social da deficiência. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 6, n. 11, p. 105-123, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10550>>. Acesso em: 15 de junho de 2021.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F.J. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3061-3070, 2016.

LUIZ, K.G. Deficiência pela perspectiva dos direitos humanos. In: CONSTANTINO, C.; BERNARDES, V. (Coord.). **Mulheres com Deficiência: Garantia de Direitos para Exercício da Cidadania**. Brasil: Coletivo Feminista Helen Keller; 2020. p.18-26.

MARQUES, C.A. Implicações Políticas da Institucionalização da Deficiência. **Educação e Sociedade**, v. XIX, n. 62, p. 105-122, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73301998000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 de setembro de 2020.

MELLO, A.G. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3265-3276, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/J959p5h-gv5TYZgWbKvspRtF/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 18 de junho de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Considerações sobre pessoas com deficiência durante o surto da COVID-19**. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52063>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2022.

PERANZONI, V.C.; FREITAS, S.N. A evolução do (pré)conceito de deficiência. **Cadernos de Educação Especial**, n. 16, p. 15-20, 2000.

PEREIRA, E.L. Pessoas com deficiência e COVID-19: construção de conhecimento, redes de acompanhamento, cuidado e prevenção. **Projeto de pesquisa**. Disponível em: <<http://>

repositoriocovid19.unb.br/repositorio-projetos/pessoas-com-deficiencia-e-covid-19-no-df-construcao-de-conhecimento-redes-de-acompanhamento-cuidado-e-prevencao/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=pessoas-com-deficiencia-e-covid-19-no-df-construcao-de-conhecimento-redes-de-acompanhamento-cuidado-e-prevencao>. Acesso em: 13 de dezembro de 2021.

ROSSETTO, E. Aspectos Históricos da Pessoas com Deficiência. **Educere et Educare**, v. 1, n. 1, p. 103-108, 2006. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/educereeteducare/article/view/1013>>. Acesso em: 15 de junho de 2021.

REICHENBERGER, V. et al. O desafio da inclusão de pessoas com deficiência na estratégia de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. 1-6, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/PmtcgvxKKswpQTxbZV-VyVpk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 5 de dezembro de 2021.

SALDANHA, J.H. et al. Pessoas com deficiência na pandemia da COVID-19: garantia de direitos fundamentais e equidade no cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 9, p. 1-21, set. 2021. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1499/pessoas-com-deficiencia-na-pandemia-da-covid-19-garantia-de-direitos-fundamentais-e-equidade-no-cuidado>>. Acesso em: 13 de dezembro de 2021.

SANTOS, B.S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020.

SANTOS, F.L. História da deficiência: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial - concepções, limites e possibilidades. **XVI Encontro Regional de História**, Ponta Grossa: UEPG, p.1-12, 2018.

SANTOS, E.C.; MOREIRA, J.S. A “Nova” Política de Educação Especial como afronta aos Direitos Humanos: análise crítica do Decreto 10.502/2020. **Revista De Estudos Em Educação E Diversidade**, v. 2, n. 3, p. 156-175, mar 2021. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/reed/article/view/7908>>. Acesso em: 24 de janeiro de 2022.

SANTOS, M.H.; OLIVEIRA, A.L. Pessoa com Deficiência - Preconceitos Enraizados: Algumas Reflexões. **IX Encontro Latino Americano de Pós Graduação**, p.01-04, 2009. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0184_0392_01.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2021.

SILVA, L.M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 33, p. 424-561, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbedu/a/PHRtMWsRczTyhHHfLfQ3Csj/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 18 de junho de 2021.

VIANNA, N.G. **Ruídos e silêncios**: uma análise genealógica sobre a surdez na política de saúde brasileira. 2018. Tese. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas/SP, 2018. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/>

REPOSIP/334621>. Acesso em: 7 de agosto de 2021.

ZHU, N. et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med.**, v. 8, p. 727-733, 2020. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001017>>. Acesso em: 5 de dezembro de 2021.

CAPÍTULO 19- MULHERES QUE LIDAM COM O SOFRIMENTO E O JULGAMENTO: CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS E FEMINISTAS SOBRE O ABORTO

Luciana da Silva Pinheiro
Suelly Araújo de Souza
Cecília Nogueira Valença

Considerações iniciais sobre a bioética e o aborto

Desde os anos 60, há reflexões que envolvam esse tema, porém, só em 90 que surgem as primeiras pesquisas e consequentes publicações que eram consideradas como bioética de inspiração, e trazia o pensamento e olhar crítico frente às desigualdades sociais e, em particular, à desigualdade de gênero (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Como ética aplicada à vida, a bioética é um estudo ou ciência voltado para análise das responsabilidades diante a vida humana, bem como, expandir e aflorar a relevância que têm esse assunto, primordialmente ao que se diz respeito a saúde do indivíduo, suas características e valores, atendendo às suas necessidades de forma que se considere a autonomia de cada pessoa.

Dando continuidade ao enfoque que estamos tratando neste trabalho, é importante debater sobre as comissões de bioética criadas dentro do âmbito da saúde.

Em 1993, foi implantado o primeiro comitê de bioética no Brasil, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, esses comitês têm por finalidade considerar e analisar questões que surjam mediante a prática e procedimentos realizados dentro do âmbito das instituições de saúde (GIUGLIANI et al., 2019).

O intuito principal desses comitês é de tentar sempre buscar o melhor para os pacientes, sem distinção e de maneira igualitária, permitindo, sobretudo a autonomia dos enfermos. Os comitês também permitem que se tenha sempre um apoio na tomada de decisões acerca de momentos difíceis em torno da família de determinado paciente, dessa maneira, servindo como um ponto de equilíbrio e de suporte diante as necessidades de cada indivíduo.

A bioética e os direitos humanos estão conectados pelo fato dos dois respeitarem a dignidade humana, desta maneira, é fortalecido o pensamento para que se tenha uma proteção integral da pessoa humana (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

Assimilar todas as ideias que envolvem o aborto, bem como a mulher sendo um ser que têm direitos e escolhas, como também a ética e bioética voltada para este assunto, e ainda tentar entender todos os julgamentos feitos acerca das escolhas dessas gestantes que nem sempre vão de acordo com o que a sociedade julga certo ou errado, não é tarefa fácil.

Consideramos que há uma necessidade em expandir o conhecimento acerca de um assunto que muitas vezes é considerado um tabu na sociedade. Dessa forma, debater questões vivenciadas pelas mulheres, bem como o suporte que lhes é oferecido, torna-se imprescindível.

Este ensaio teórico é concebido “como um estudo bem desenvolvido, formal, discursivo e congruente, concludente” (SALVADOR, p.163), pois consiste na exposição reflexiva, lógica e argumentativa. Este gênero de trabalho científico permite interpretações e julgamentos dos autores, que possuem liberdade para defender determinada posição em que se tenha de se apoiar no rigoroso e coletivo aparato de documentação empírica e bibliográfica como acontecia nos tipos anteriores de trabalho. (SEVERINO, 2011).

Essa discussão mais ampla considera questões éticas que envolvem a temática do aborto e os seus suportes, além de permitir possíveis inferências que corroborem com a melhoria da assistência no que se diz respeito à saúde da mulher, como também a educação sexual, e os direitos de escolha diante o seu próprio corpo.

Dessa maneira, buscaremos compreender melhor sobre o que vem sendo realizado no âmbito da assistência à saúde da mulher, assim como, do momento pré e pós aborto, além do envolvimento ético diante todo esse momento vivido por algumas mulheres.

Nesta perspectiva de trabalhar sobre bioética, feminismo e aborto, este estudo tem como questão de pesquisa: o que diz a literatura científica sobre bioética, feminismo e aborto.

Diante os achados e o que foi exposto nos trabalhos estudados, pretende-se como objetivo geral analisar as contribuições dos estudos sobre ética, aborto, saúde da mulher e feminismo. Como objetivos específicos são elencados: identificar as contribuições da bioética para o debate do aborto; discutir sobre a saúde da mulher e sua autonomia.

Organização do estudo

Trata-se de uma Revisão Integrativa, que consiste em um método que permite sintetizar resultados obtidos de outros estudos acerca de um determinado tema, de modo que seja organizado e traga abrangência sobre o assunto, permitindo discutir e apontar ausências que venham a surgir sobre o mesmo. Esse método consiste na busca de dados em fontes secundárias (ANAIS, 2013).

A pesquisa foi desenvolvida no mês de agosto de 2020. Para identificação dos estudos relevantes foram feitas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas fontes de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para a realização da busca dos artigos, foi utilizado a combinação dos descritores na língua portuguesa: “Aborto”, “Bioética”, “Feminismo”, “Abortamento” e “Descriminalização”. Assim, foram encontrados os textos que estão relacionados com a temática abordada.

Para a seleção dos artigos, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: publicação nos últimos dez anos (de 2010 a 2020), abordar a temática trabalhada para a revisão integrativa e artigos publicados na íntegra em português.

Ademais, foram excluídos os artigos que apareceram em duplicidade em mais de uma base de dados, que não apresentavam no resumo correlação com o objetivo da revisão, e que não estivessem com o texto completo disponível para acesso gratuito.

A revisão seguiu seis fases para a sua elaboração, que foram: elaboração da pergunta norteadora do estudo que é sobre o que diz a literatura científica sobre bioética, feminismo e aborto?; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (ANAIS, 2013).

Com o intuito de reduzir e deixar sempre as partes relevantes a serem apresentadas, é elaborado um instrumento para que se possa organizar os achados, permitindo uma sistematização dos dados e facilitando uma comparação entre os tópicos levantados, além da visualização dos dados que foram achados (ANAIS, 2013).

Resgate histórico sobre o aborto

No Brasil e em outros países da América Latina, predomina o movimento feminista que busca os direitos das mulheres, sendo envolvido nesta cultura do feminismo internacional, iniciada em 1970, com o posicionamento favorável ao aborto (BRASIL, 2013).

Desde então, uma discussão que segue recorrente nesse movimento é sobre a legalização do aborto, assim como a implementação de políticas públicas que possam permitir a garantia da assistência à saúde da mulher devido a prática de abortar (FREIRE, 1996).

Compreender o percurso realizado pelas mulheres em busca de autonomia e da concessão dos seus direitos nos permite incluir o acesso aos serviços de saúde, bem como participação social, além da sua própria liberdade de expressão e autonomia.

No intuito de permitir esse acesso, foram implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) as políticas públicas de saúde, nas quais estão inclusas a saúde sexual e reprodutiva da mulher, com atuação prioritária na Atenção Primária à Saúde (APS).

Neste nível de atenção, são utilizadas práticas educativas como estratégias fundamentais para esse processo de educar de maneira permanente em saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres, que recorrem à assistência à saúde (SELL et al., 2015).

Em 1994, houve a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo, e desde então, devido às consequências físicas e emocionais que possibilitam sequelas que podem ser irreversíveis na vida de uma mulher, bem como a realização do aborto de forma clandestina e das recorrentes mortes devido à falta de assistência adequada, o aborto vem sendo um grande problema de saúde pública de relevância mundial (DINIZ; GUILHEM, 2000).

Em um estudo publicado no mês de fevereiro de 2020, podemos perceber algumas estatísticas importantes sobre aborto. No mundo, há uma estimativa de 35 abortos a cada 1.000 mulheres por ano, com idade entre 15 e 44 anos. Já na América Latina essa taxa é de 44 abortos/1.000, e com exceção do Uruguai, Guiana e Cuba, a maioria dos países da região tem legislação que é restritiva à prática do aborto (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

Entre os anos de 2013 e 2015, apenas 2.442 abortos foram realizados de forma legal resultante de estupro, no Brasil, porém, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2016, mostrou em seus cálculos que no país a cada 11 minutos ocorre um estupro, dessa maneira, tendo em vista que há uma probabilidade de 5% a 7% de mulheres vítimas de estupro engravidar, pode-se concluir que o aborto legal no território nacional está abaixo do que se espera (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Também se observou que de acordo com a cor da pele, entre os anos de 2006-2015, se manteve estável aproximadamente metade dos óbitos no grupo de mulheres de cor parda, porém, entre 2006- 2012, o maior número foi de mulheres pretas, e entre 2013-2014 maior número de mulheres indígenas (PASTURA; LAND, 2016).

É assustador ver números tão altos com relação a esse assunto, fica um sentimento de que a vulnerabilidade social prevalece quando se trata da segurança com relação às mulheres, bem como, do seu poder de direito sobre o seu próprio corpo, ou mesmo, do seu direito a uma assistência à saúde digna quando se trata dessa questão.

A extrema desigualdade de gênero, raça e classe existentes no Brasil reforçam o lado excludente da discussão do abortamento no país. Não raras vezes, existe um julgamento do imaginário social sobre a mulher que aborta, até mesmo no caso do abortamento natural ou espontâneo, a mulher pode ser questionada sobre sua fertilidade ou ser constrangida a explicar-se sobre a sua ocorrência.

Já no aborto considerado criminoso, existem algumas modalidades. São elas: aborto eugênico, aborto econômico, aborto por comprometimento da saúde psíquica da mãe, aborto por gravidez indesejada (OLIVEIRA; 2007). Esses levam a ser considerados crimes no Brasil, por não terem uma justificativa cabível para lei, para que se possa isentar a mulher de um ato delituoso.

Por outra perspectiva, no Brasil há o aborto que é considerado legal, e é necessário ter grande visibilidade. Este também se apresenta em algumas modalidades, que são elas: aborto por risco de vida para a gestante, aborto por estupro (quando este for provado), e aborto nos casos de anencefalia (OLIVEIRA; 2007).

Principais achados dos estudos sobre bioética, aborto e feminismo

Ao realizar a busca dos estudos nas bases de dados, foi possível encontrar um total de 100 publicações que condiziam com o cruzamento dos descritores. Logo em seguida aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão, obtendo assim a quantidade de 48 publicações.

Nessa distribuição podemos observar que foi feita a busca de dados com todos os descritores escolhidos para a busca dos trabalhos, logo após foram incluídos os critérios de inclusão e exclusão, e por fim, realizado a leitura na íntegra de todos os estudos achados na busca. Dessa maneira, obtendo a quantidade final de estudos que se encaixaram para esta revisão integrativa.

Desses estudos, foi desempenhada a leitura dos resumos, e se não ficasse claro a sua inclusão na revisão, posteriormente foi realizada a leitura dos objetivos, resultado e conclusão deles.

A distribuição dessas etapas pode ser observada na Figura 1 a seguir:

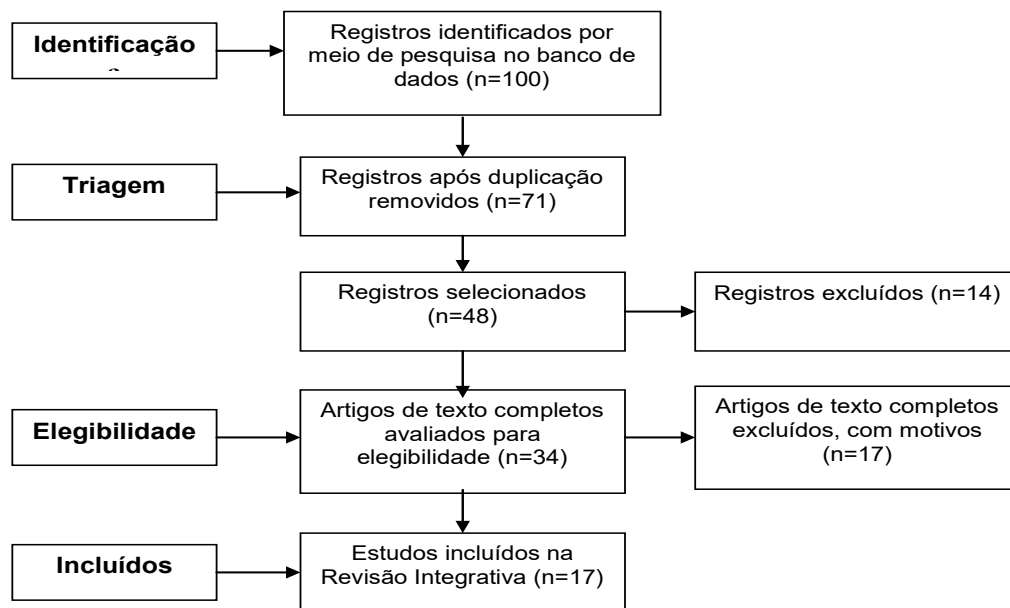


Figura 1 – Etapas de seleção dos artigos da revisão integrativa.

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

A amostra final desta revisão foi composta por 17 estudos que foram lidos na íntegra. Destes, 14 foram encontrados na base de dados Lilacs, 2 na Medline e 1 na Scielo. A tabela 1, em seguida, detalha as especificações dos estudos.

Com relação à quantidade específica de estudos encontrados nas bases de dados, podemos analisar a distribuição que foi sendo encontrada no decorrer da avaliação para chegar à quantidade final de estudos incluídos na revisão.

Com relação à questão de pesquisa deste estudo, ou seja, trazer os achados na literatura sobre bioética, aborto, feminismo e a relação desses temas nos artigos. Observamos na leitura da amostra final que falar sobre o tema aborto ainda é um tabu para a sociedade.

Tabela 1. Síntese dos estudos incluídos na revisão segundo título, autores, ano, tipo de pesquisa/método e base de dados.

TÍTULO	AUTORES	ANO	TIPO DE PESQUISA/MÉTODO	BASE DE DADOS
--------	---------	-----	-------------------------	---------------

A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online	Duarte NIG, Moraes LL, Andrade CB	2018	Etnografia virtual	ME-DLINE
Aborto e bioética no jornal Folha de São Paulo	Morais ERC et al.	2018	Qualitativo e documental	LILA-CS
Dilemas bioéticos na assistência médica às gestantes adolescentes	Junior EVS et al.	2018	Revisão integrativa	LILA-CS
Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal	Rocha WB et al.	2015	Quantitativo	LILA-CS
Algumas considerações acerca da legalização do aborto no Brasil	Cúnico SD et al.	2014	Quantitativo	LILA-CS
Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas	Pereira VN et al.	2012	Qualitativo	LILA-CS
Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética	Chaves JHB et al.	2010	Descritivo	LILA-CS
As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública	Sandi SF, Braz M	2010	Qualitativa descritiva	LILA-CS
Descriminalização do aborto: percepção dos gestores em cidades fronteiriças	Luersen D et al.	2019	Qualitativa, exploratória e descritiva	LILA-CS
Direito ao aborto, gênero e a pesquisa jurídica em direitos fundamentais	Azevedo A	2017	Descritivo	LILA-CS
A legalização do abortamento no discurso do jornal Folha de São Paulo (2011-2014)	Silva TM, Martins AM	2016	Qualitativo e documental	LILA-CS
Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil	Ferraza DA, Peres WS	2016	Descritivo	LILA-CS
Ciberativismo em defesa do parto humanizado e da descriminalização do aborto	Marques RA	2013	Qualitativo	LILA-CS
Atenção à saúde da mulher em situação de abortamento: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas de profissionais de saúde	Aquino EL	2012	Qualitativo	LILA-CS
Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil	Romio CM et al	2015	Revisão sistemática	LILA-CS
O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados	Miguel LF, Biroli F, Mariano R	2017	Descritivo	SCIELO
O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais	Almeida TMC, Bandeira LM	2013	Descritivo	SCIELO

Fonte: pesquisa em bases de dados, 2020.

Sobre o feminismo, percebemos que é uma luta existente desde anos, e vem crescendo com o passar do tempo. O desejo das mulheres em lutar por igualdade de gênero e direito de escolha sobre o seu próprio corpo é nítido em Moraes (2018) e Azevedo (PEREIRA; OLIVEIRA; GOMES; COUTO; PAIXÃO, 2012).

Quanto à bioética, os artigos nos mostram uma perspectiva de respeito ao corpo feminino em situação de abortamento que poucas vezes acontece. É comum haver julgamento e discriminação contra essas mulheres, sempre advindos principalmente da questão religiosa.

Percebe-se que quando é necessário internações devido complicações de um aborto, seja ele provocado ou não, os profissionais da saúde, em sua grande maioria, estão despreparados para atenderem essas mulheres de forma humanizada, deixando sobrepor os seus valores pessoais do que a sua ética profissional (AQUINO, 2012) (MARQUES, 2013).

Dessa maneira, os quatro princípios elencados por Beauchamp e Childress (2002), considerados elementos que servem como base para o agir moral dentro da ética biomédica, não são utilizados por esses profissionais, quebrando principalmente o princípio da autonomia, pois não é observado o respeito ao outro, independente de qual situação esteja inserido.

Com relação ao aborto, segundo Silva e Martins (2016), o assunto é tratado com vários discursos sendo de políticos, feministas e religiosos de uma forma que nos permite perceber que esse tema é considerado polêmico e um tabu para a sociedade.

Quando se fala em aborto, é impossível não relacionar com questões religiosas, pois a percepção das mulheres é de culpa por cometerem o aborto, e acreditam que de alguma forma serão castigadas por cometerem esse ato (SANDI; BRAZ, 2010; SOUZA; SILVA; LOZADO; BOMFIM; ALVES; BOERY; BOERY, 2018).

Outra questão apontada nos estudos (ALMEIDA; BANDEIRA, 2013) (SANDI; BRAZ, 2010) é a realização do aborto em clínicas clandestinas, bem como pelo uso da medicação misoprostol que é obtido a partir da comercialização ilegal dele. Além desses dois métodos, segundo Duarte et al. o uso de chás como método para realizar o aborto, aparece em menor proporção com relação aos métodos anteriormente mencionados (DUARTE; MORAES; ANDRADE, 2018).

De acordo com Luersen e Lange (2019) a proibição do aborto não impede a sua ocorrência, apenas torna a prática insegura e que pode colocar a vida das mulheres em risco, bem como moralizar essa questão acaba deixando de lado a autonomia decisória dessas mulheres.

Segundo Cúnico e Faraj (2014) a forma com que praticam o aborto vem seguido de relatos de medo não apenas do julgamento, mas também do medo de morrer ao realizar este ato sem que tenham assistência médica necessária, sendo levadas a realizar de maneira clandestina

Outra questão menos frequente, mas relatada em pelo menos três artigos da amostra

total, é a questão política que envolve a temática. Há um debate forte sobre as eleições de 2010, e toda a pressão dos católicos e evangélicos diante a temática do aborto (LUERSEN et al, 2019; ARANHA; MARTINS, 2005; CHAUI, 2005). Nesta revisão percebemos que em 2011 não houve publicações envolvendo esse tema.

Portanto, a questão do aborto também se mostra diretamente ligada ao interesse político, e não como poder do estado de ter maior interesse em garantir melhorias nas políticas públicas como suporte para o planejamento familiar (CÚNICO et al, 2014).

Outro ponto pertinente é o fato de não haver a preocupação na prestação de uma assistência de qualidade, bem como promoção da saúde e a autonomia das mulheres (ALMEIDA; BANDEIRA, 2013). Nesse contexto, as mulheres acabam por temer a procura por um serviço de saúde, local onde deveria ser ponto de referência para conceder ajuda profissional, e não julgamentos.

Dessa maneira, percebemos que os valores é ponto crucial nos estudos, de maneira que conseguem sobrepor o direito de escolha das mulheres em realizar ou não um aborto seguro. Portanto há muitos valores que são vistos apenas de uma perspectiva pessoal.

Outro ponto que aparece com frequência nos estudos é o fato dos profissionais também serem julgados, o que contribui para que muitos não queiram participar de momentos que envolvam o aborto (URSI, 2005; ROMIO et al, 2015).

Por fim, assimilar sobretudo o que cerca a questão do aborto e bioética, bem como as lutas feministas por interesse comum da autonomia de cada mulher, nos permite compreender o quão necessário essas questões demandam uma importância significativa de debate.

Considerações finais

Concluindo o presente estudo, a análise da literatura sobre bioética e aborto ressalta o quão desafiador é trabalhar acerca de uma temática que ainda é um tabu na sociedade, permeado por diversos julgamentos de grupos sociais distintos, desde fundamentos religiosos até questionamentos sobre a moral das mulheres que realizam um aborto.

Podemos constatar o quão forte é a influência da religião, bem como motivos políticos, muitas vezes levando o assunto ao esquecimento ou a grandes julgamentos para quem o realiza. Nessa perspectiva, não se leva em consideração a assistência à saúde da mulher nem sua autonomia, lembrando também, que os julgamentos e estigmas sobre o assunto, também recaem sobre os profissionais que auxiliam em procedimentos de aborto, porém, são temáticas apenas citadas, não debatidas.

Diante dos resultados obtidos a partir da leitura dos trabalhos incluídos nesta revisão, indicamos a necessidade de maior divulgação assim como debates que rodeiem todos os estigmas que levam a tantas críticas não só para as mulheres, mas também para os profissionais que participam da assistência em um aborto.

O presente estudo espera ter contribuído para uma reflexão crítica acerca da temática trabalhada. É de extrema relevância compreender todos os assuntos que permeiam o aborto, sendo desde o planejamento familiar passando pela autonomia das mulheres, e o aborto em si, bem como toda a assistência prestada a mulher em todas as fases do processo de abortar e também no momento pós aborto.

Nos dias atuais, vimos em diversos meios de comunicação, como redes sociais, por exemplo, a luta de crianças vítimas de estupro para conseguir realizar o aborto mesmo em situações que é permitido em lei. O aborto ainda é um assunto que diverge muitas opiniões, assim como inúmeros julgamentos, e uma tentativa estarrecedora de direitos, dos homens, sobre o corpo feminino.

Trata-se de um relevante problema de saúde pública. É necessário capacitação para profissionais da saúde, assim como empatia e humanização na prestação de serviços a essas mulheres. A autonomia feminina deve ser respeitada, não julgada.

Referências

ALMEIDA, T.M.C.; BANDEIRA, L.M. O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. **Cad. Pagu.**, v. 41, n. 1, p. 371-403, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332013000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de ago. de 2020.

Anais do IV Seminário CETROS: Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social; 29 a 31 de maio de 2013; Fortaleza (CE), Brasil. Fortaleza (CE), UECE – Itaperi. Disponível em: <http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/69-17225-08072013-161937.pdf>. Acesso em: 14 de ago. de 2020.

AQUINO, E.L. **Atenção à saúde da mulher em situação de abortamento: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas de profissionais de saúde** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2012. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-22042013-161954/pt-br.php>>. Acesso em: 14 de ago. 2020.

ARANHA, M.L.; MARTINS, M.H.P. **Temas de filosofia**. 3.ed. São Paulo: Moderna, 2005, p. 232.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica**. 4.ed. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

CARDOSO, B.B.; VIEIRA, F.M.S.B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n.1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X202000130500>. Acesso em: 14 de ago. de 2020.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. 13.ed. São Paulo: Ática, 2005, p.310.

CÚNICO, S.D.; FARAJ, S.P.; QUINTANA, A.M.; BECK, C.L.C. Algumas considerações acerca da legalização do aborto no Brasil. **Psicol da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 41-47, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v22n1p41-47>>. Acesso em: 14 de ago. de 2020.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista Bioética**. v. 7, n.2, p. 1-2, 2000. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/310>. Acesso em: 15 de mai. de 2020.

DUARTE, N.I.G.; MORAES, L.L.; ANDRADE, C.B. A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n.10, p. 3337-3346, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003337&lng=en>. Acesso em: 14 de ago. de 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIUGLIANI, C.; RUSCHEL, A.E.; SILVA, M.C.B.; MAIA, M.N.; OLIVEIRA, D.O.P.S. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1791, 2019. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/981943/1791-10551-1-pb.pdf>>. Acesso em: 18 de mai. de 2020

KOERICH, M.S.; MACHADO, R.R.; COSTA, E. Ética e Bioética: para dar início à reflexão. **Texto Contexto Enferm**. [Internet], v. 14, n.1, p. 106-110, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n>>. Acesso em: 15 de mai. de 2020.

LUERSEN, D.; LANGE, C.; LEMÕES, M.A.M.; PETERS, C.W.; CARNIÈRE, C.M.; LINK, C.L. Descriminalização do aborto: percepção dos gestores em cidades fronteiriças. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, (sn), 2019. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61989>>. Acesso em: 14 de ago. 2020.

MARQUES, R.A. **Ciberativismo em defesa do parto humanizado e da descriminalização do aborto**: as diferenças na defesa dos direitos reprodutivos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2013. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-04092014-124720/pt-br.php>>. Acesso em: 14 de ago. de 2020.

OLIVEIRA, A.A.S. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. **Revista Bioética**. v. 2, n. 15, p. 170-185, 2007. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/39>. Acesso em: 16 de mai. de 2020.

PASTURA, P.S.V.C.; LAND, M.G.P. A perspectiva da ética das virtudes para o processo de tomada de decisão médica. **Revista Bioética**. v. 24, n. 2, p. 243-249, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200243#:~:text=Nesse%20cen%C3%A1rio%2C%20a%20perspectiva%20da,de%20forma%20s%C3%A1bia%20e%20prudente>. Acesso em: 15 de mai. de 2020.

PEREIRA, V.N.; OLIVEIRA, F.A.; GOMES, N.P.; COUTO, T.M.; PAIXÃO, G.P.N. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. **Saúde e Sociedade**. v. 21, n.4, p. 1056-1062, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902012000400022&lng=en>. Acesso em: 14 de agosto de 2020.

ROMIO, C.M.; ROSO, A.; CARDINAL, M.F.; BASSO, S.; PIERRY, L.G. Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil. **Rev. Psi.**, v. 24, n. 1, p. 61-81, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24229/17439>>. Acesso em: 14 de ago. de 2020.

SALVADOR, Ângelo D. **Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica**: elaboração e relatório de estudos científicos. 2.ed.rev.ampl. Porto Alegre: Sulina Editora, 1991. P.163.

SANDI, S.F.; BRAZ, M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. **Revista Bioética**. v. 18, n. 1, p. 131-153, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/541>. Acesso em: 14 de ago. de 2020.

SELL, S.E.; SANTOS, E.K.A.; VELHO, M.B.; ERDMANN, A.L.; RODRIGUEZ,

M.J.H. Reasons and meanings attributed by women who experienced induced abortion: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 49, n. 3, p. 495-501, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000300495>. Acesso em: 15 de mai. de 2020.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23.ed.rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA JUNIOR, E.V.; SILVA, V.S.B.; LOZADO, Y.A.; BOMFIM, E.S.; ALVES, J.P.; BOERY, E.N.; BOERY, R.N.S.O. Dilemas bioéticos na assistência médica às gestantes adolescentes. **Revista Bioética**. v.26, n. 1, p. 87-94, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0087.pdf>>. Acesso em: 14 de ago. 2020.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? how to do it?.: what is it? How to do it?. **Einstein (são Paulo)**, v.8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102>. Acesso em: 18 de mai. de 2020.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

CAPÍTULO 20 - CARACTERÍSTICAS DA FEBRE CHIKUNGUNYA EM RESIDENTES DA CAPITAL DO RIO GRANDE DO NORTE.

Jéssica Isabelle dos Santos Dutra
Izabel Cristina dos Santos Soares
Anna Cecília Queiroz de Medeiros

Introdução

A febre chikungunya (FChik) é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya, transmitido pelo *Aedes aegypti* e o *Aedes albopictus*, ambos também vetores da dengue. Caracterizada pela poliartralgia intensa e debilitante, a FChik vem causando surtos nas Américas desde 2013 (BRASIL, 2017a).

Em 2016, a região Nordeste apresentou a maior taxa de incidência do Brasil (415,7 casos/100 mil habitantes) e o Rio Grande do Norte destacou-se com a taxa de incidência quase seis vezes maior que a nacional (723,1 casos/100 mil habitantes), com a confirmação de 37 óbitos causados pela doença (BRASIL, 2017b).

Uma das principais preocupações sobre a FChik é o desenvolvimento da forma crônica da doença. Como há relativa carência de informações e consensos sobre esta fase, entender como a população é afetada é crucial para a compreensão do perfil epidemiológico da doença e a sua carga de contribuição para a morbidade (MALTA et al., 2015).

Neste capítulo, um dos objetivos é descrever o perfil das pessoas que adoecem por Febre Chikungunya nas fases aguda e crônica tardia (quando há persistência de sintomas após um ano de adoecimento). Para tanto, serão analisados os casos que foram notificados em 2016, na cidade de Natal-RN.

As informações sobre estes casos foram obtidas a partir das fichas de notificação e bancos de dados concernentes à Vigilância Epidemiológica do referido município. Partindo deste universo, as informações foram complementadas via inquérito telefônico realizado com as pessoas registradas enquanto casos confirmados. Tais procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), CAAE: 75055317.7.0000.5568.

Contextualizando o vírus Chikungunya

O vírus (CHIKV) foi identificado pela primeira vez em 1952, quando provocou um surto na Tanzânia (BRASIL, 2017a). Desde então, ele tem provocado epidemias pelo mundo, surgidas de forma cíclica ao longo do tempo. A partir de 2004, a doença se expandiu geograficamente, causando grandes epidemias em novas áreas da África e da Ásia. Esta última enfrentou ainda surtos em 2006 e 2010 nas ilhas do oceano Índico e na Índia (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2011; BURT et al., 2017). Em 2010, surgiram os primeiros casos da doença nos Estados Unidos da América, Caribe e Guiana Francesa, porém os afetados eram todos viajantes que retornavam de áreas endêmicas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2011).

Em 2004, o vírus sofreu mutação e ampliou sua transmissão através do *Aedes albopictus* (VU; JUNGKIND; LABEAUD, 2017), e assim, ele tem intensificado cada vez mais a gravidade da doença (BURT et al., 2017), alcançando taxas de ataque entre 38% e 63%, e atravessado novas barreiras territoriais, avançando pelo continente americano a partir de 2013 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2011; BRASIL, 2017a), quando foram identificados os primeiros casos autóctones no Caribe (SEEPA, 2015; VU; JUNGKIND; LABEAUD, 2017).

Em 2014, o vírus foi identificado em outras regiões do Caribe e da América Latina e, a partir de 2015, a doença foi identificada em todo continente americano (VU; JUNGKIND; LABEAUD, 2017). No Brasil, a confirmação de casos autóctones ocorreu ainda em 2014, em duas cidades de dois estados das regiões Norte e Nordeste, respectivamente: Oiapoque, no Amapá, e Feira de Santana, na Bahia (NUNES et al.; 2015 BRASIL, 2017a).

Mundialmente, são reconhecidos quatro genótipos do vírus, em forma de cepas circulantes, sendo eles: o genótipo do Leste-Centro-Sul-Africano (ECSA), o genótipo do Oeste africano, o genótipo Asiático e o genótipo do Oceano Índico (LIO), como descreve NUNES et al. (2015). As análises genéticas realizadas mostraram que, na região das Américas, a linhagem das cepas circulantes em maior abundância é a Asiática. Também foram confirmadas cepas de linhagem ECSA, identificadas no Brasil em 2014 (BURT et al., 2017), nos moradores infectados em Feira de Santana, na Bahia.

Ainda em 2014, o Brasil registrou 3.657 casos suspeitos de FChik transmitidos de forma autóctone em oito municípios, porém só houve confirmação laboratorial dos casos importados (BRASIL, 2016). Já em 2015, foram notificados 38.499 casos suspeitos e, destes, 17.971 foram confirmados, além de 14 óbitos causados pela doença em três estados da região nordeste: Bahia, Sergipe e Pernambuco (BRASIL, 2017a).

Em 2016, foi registrado um expressivo aumento no número de casos, chegando a identificar 277.882 casos suspeitos da doença (BRASIL, 2018), apresentando taxa de incidência de 133,0 casos/100 mil habitantes. A região Nordeste apresentou a maior taxa de incidência

da doença entre as regiões brasileiras, com 415,7 casos/100 mil habitantes. E, dentre os seus estados, o Rio Grande do Norte se destacou com uma taxa de incidência quase seis vezes maior que a taxa nacional, de 792,75 casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2017a; SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, 2018), além da confirmação de 196 óbitos no Brasil, onde 181 deles ocorreram na Região Nordeste (BRASIL, 2017a), o que demonstra o quanto essa região foi afetada.

Como já citado, o vírus Chikungunya é transmitido através de mosquitos *Aedes* que o inoculam através da picada na pele do hospedeiro. A inoculação ocorre na maioria das vezes na pele, dando início ao processo de infecção das células dérmicas (principalmente fibroblastos e macrófagos), ocorrendo a primeira fase de replicação do vírus. Em seguida, o vírus se dissemina através dos linfonodos, ativando a resposta imunológica e finalizando sua replicação antes mesmo de ser liberado no sangue (LUM; NG, 2015).

Na fase aguda da doença, é possível detectar o processo inflamatório produzido pelas citocinas e quimiocinas, agentes promovedores da inflamação que se encontram em abundância na circulação, pois a presença do vírus no sangue ativa os mediadores inflamatórios, os quais infiltram suas células em vários tecidos, principalmente nas articulações (BURT et al., 2017).

Nesta fase, os fibroblastos dos vários tecidos parecem ser os principais alvos do vírus, permitindo sua replicação no tecido conjuntivo das articulações, músculos, ossos e até no tecido ocular. Estes tecidos possuem muitas terminações nervosas e seu estímulo, durante a infecção, pode estar diretamente relacionado com a mialgia e poliartralgia intensa, características da doença. Acredita-se que monócitos e macrófagos sejam também locais de replicação do vírus, uma vez que foi identificada a presença de antígenos do vírus nessas células, tanto na fase aguda quanto crônica da doença (COUDERC; LECUIT, 2015).

Outra resposta desenvolvida pelos infectados é o aumento de Imunoglobulinas do tipo IgM nos primeiros dias de infecção e do tipo IgG (que confere imunidade prolongada), após duas semanas (COUDERC; LECUIT, 2015; BURT et al., 2017). Tem-se sugerido que estas células desempenham um grande papel na patogênese da artrite causada pela doença, já que também estão sendo encontradas em pacientes na fase crônica (BURT et al., 2017).

Outro fator importante encontrado é a presença do vírus e da imunoglobulina IgM no líquido cefalorraquidiano (LCR), tanto de adultos quanto de neonatos que apresentam sintomas do sistema nervoso central (SNC), sugerindo a capacidade de o vírus atravessar a barreira hematoencefálica e infectar o SNC (COUDERC; LECUIT, 2015).

Assim, o vírus da Febre Chikungunya alcança e se instala em vários órgãos como fígado, cérebro, baço, músculos e ossos, conseguindo realizar uma nova replicação nos três últimos. Isso caracteriza o período virêmico, ou seja, quando o vírus pode ser transmitido a outros mos-

quitos ao picar o hospedeiro, reiniciando seu ciclo (LUM; NG, 2015).

Notificação de casos da Febre Chikungunya

Em regiões onde ocorrem epidemias por outros arbovírus, com quadro clínico semelhante ao da Febre Chikungunya, o correto diagnóstico específico é essencial para definir a correta conduta terapêutica. Assim, quando ocorre uma epidemia ou um evento com potencial epidêmico, todos os esforços devem ser realizados com o intuito de alcançar o diagnóstico laboratorial nos primeiros casos. Porém, quando já há uma transmissão sustentada, a confirmação pode ser por critério clínico-epidemiológico, reservando a investigação laboratorial, apenas para os casos graves, com manifestações atípicas e/ou para pacientes considerados mais vulneráveis para evoluírem para formas graves (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2011).

Caracterizamos os casos confirmados entre adultos que foram notificados em 2016, na cidade de Natal-RN. Neste período, foram notificados 2.796 casos suspeitos de FChik, mas, apenas 160 (5,72%) foram confirmados, sendo 103 indivíduos na idade adulta, excluídos os óbitos.

Destes 103 casos confirmados, a doença predominou em indivíduos do sexo feminino (69,9%), não brancos (54,4%), na faixa etária de 31 a 50 anos (44,7%) e com escolaridade até o ensino médio (31,1%). Tal resultado já é esperado em casos de FChik (BURT et al., 2017; SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, 2018).

Quanto ao método pelo qual foi realizada a confirmação dos casos, 66% (n=68) se deu por critério laboratorial e 34% (n=35), por critério clínico-epidemiológico.

Um primeiro ponto a ser avaliado é sobre a qualidade dos dados, neste caso, foi possível identificar falhas no processo. Mais de 30% do total de casos analisados (n = 2.796) não trazia informação sobre cor ou escolaridade. Ademais, 92,7% (n = 2592) de todas as notificações apresentava pelo menos uma informação incompleta em campos essenciais, como o número de telefone e resultados dos exames, apesar de transcorrido cerca de um ano do registro inicial. Mesmo em campos cujo preenchimento seria obrigatório, como a classificação final e o critério de confirmação, haviam casos de falta de dados. Assim, podemos inferir que provavelmente o número de casos confirmados, dentre os 2.796 notificados, provavelmente deveria ser maior que os 103 classificados como tal.

Apesar de, muitas vezes, não serem consideradas importantes, as informações referentes ao contato e localização dessas pessoas são essenciais para os serviços de vigilância, já que é possível localizar mais rapidamente as pessoas e acelerar o processo de investigação por meio

de busca ativa de suspeitos, que deve ser realizada obrigatoriamente após a confirmação de casos da doença. Além disso, esses dados fornecem informações sobre a situação do território e são essenciais para nortear as ações de vigilância e controle de doenças que devem ser realizadas a partir da identificação de casos (BRASIL, 2014).

Esse percentual alto de notificações incompletas evidencia uma falha no fluxo das informações, que vão desde o atendimento na ponta, onde é feito o preenchimento da ficha de notificação, até os setores intermediários e finais, dificultando o encerramento da investigação dos casos, que deve ser concluída em 60 dias, e conseqüentemente, o entendimento do real perfil epidemiológico e impacto desse adoecimento na população e no sistema de saúde.

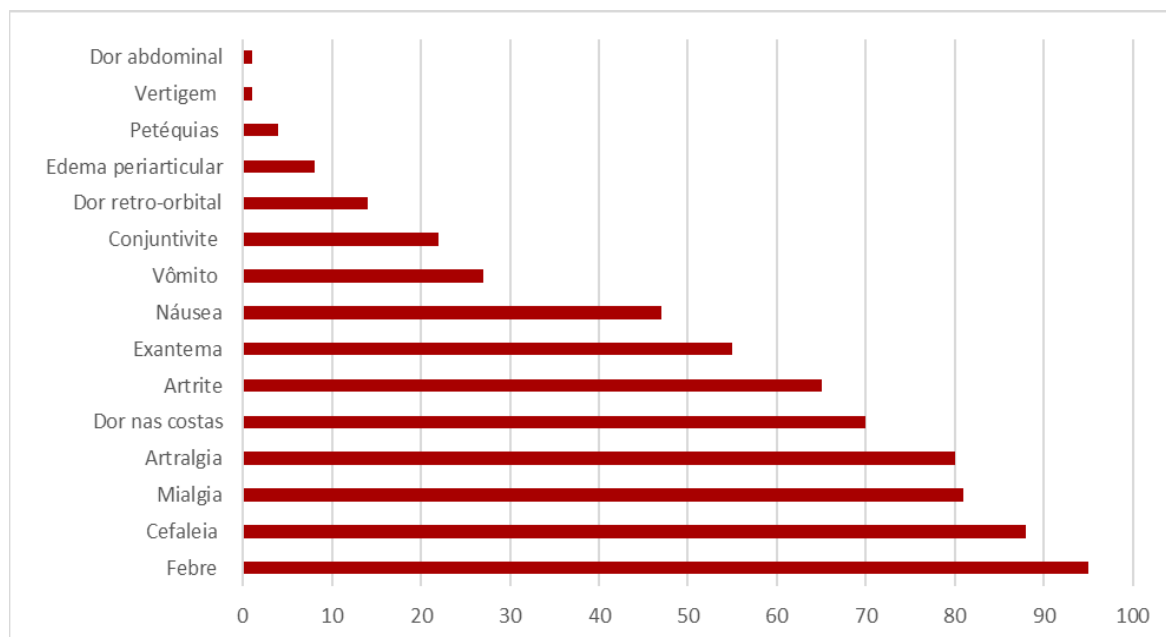
Por fim, essa limitação nas informações que confirmariam os casos influenciou diretamente na população que foi possível contactar e avaliar via contato telefônico, a fim de obter as informações sobre a fase aguda e crônica da doença, conforme descrito a seguir. Em contrapartida, entre os entrevistados, o percentual confirmado por critério laboratorial abarcou mais de 60% da amostra, trazendo maior segurança em avaliar quem realmente foi acometido pela doença.

Características da fase aguda da Febre Chikungunya

Quanto à caracterização clínica da fase aguda, os sintomas articulares mais frequentes entre os 103 casos confirmados foram: artralgia (77,66%), dor nas costas (67,96%) e artrite (63,10%). No tocante às (co) morbidades, 9,70% (n=10) tinham hipertensão arterial sistêmica, 2,90% (n=3) diabetes mellitus e 4,90% (n=5) foram hospitalizados.

Em relação à fase aguda, na amostra estudada (Figura 1), os sintomas relatados foram aqueles bem já característicos do quadro clínico agudo descrito pelo Ministério da Saúde, com destaque para a artralgia (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2011) que é o sintoma mais referido em outros estudos sobre FChik (BURT et al., 2017; SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, 2018).

Figura 1: Sintomas referidos na fase aguda da Febre Chikungunya em casos confirmados (n = 103) notificados no ano de 2016 na cidade de Natal-RN.



Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica (2016).

Os sintomas articulares provocados pela FChik podem ser explicados pela característica fisiopatológica da doença, já que o vírus tem a capacidade de se replicar no tecido conjuntivo das articulações (NUNES, 2015). Esse processo ativa os mediadores inflamatórios que se infiltram no tecido articular, provocando os sintomas apresentados (SEEPA, 2015).

Dos 103 casos confirmados, foi obtido êxito no contato por telefone com 33 pessoas. Destes participantes que responderam ao inquérito telefônico, 69,69% (n=23) exerciam atividade remunerada (autônomos ou empregados formais) quando foram acometidos pela FChik. Destes, 65,21% (n=15) referiram prejuízos relativos ao trabalho por terem adoecido, sendo que 82,60% (n=19) necessitaram de afastamento do trabalho. A maioria dos entrevistados apresentou tempo de absenteísmo entre 7 e 30 dias 21,1% (n=13), com mediana de 7 dias (p25-75=0-30).

Assim, um aspecto importante a considerar é que o acometimento por FChik parece estar implicado no absenteísmo do trabalho, já que mais da metade dos avaliados na amostra estudada, que estavam em atividade laboral, necessitaram de afastamento do trabalho, na maioria dos casos, de até quatro semanas, e 65,2% referiram prejuízos em suas atividades laborais por causa da doença.

Estes achados foram semelhantes aos encontrados em outros estudos (COUDERC; LE-CUIT, 2015; BURT *et al.*, 2017). No Brasil, um estudo que avaliou a quantidade de dias de

trabalho perdidos por servidores públicos em decorrência da FChik, identificou uma média de 20,9 dias perdidos, reforçando a repercussão laboral provocada pela FChik (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, 2018)

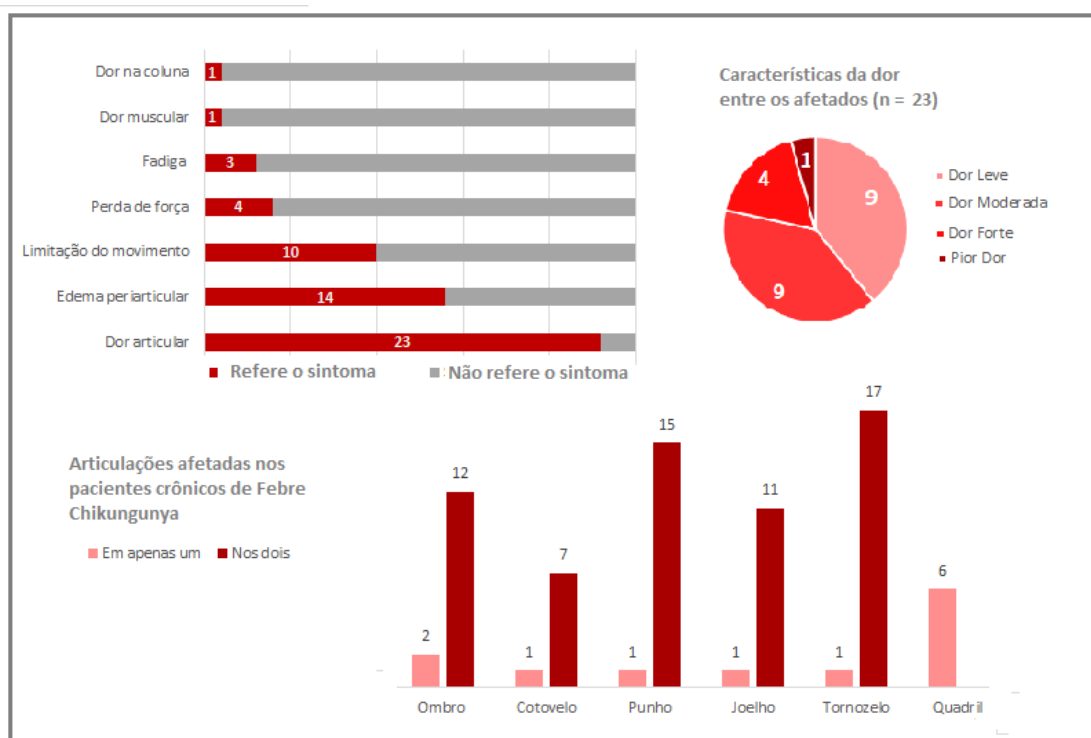
Características da fase crônica tardia da Febre Chikungunya

Em relação à cronicidade, dentre os 33 respondentes do inquérito telefônico, 75,7% (n=25) foram classificados como crônicos tardios no momento da entrevista. Destes, 64% (n=16) eram levemente afetados (sem diagnóstico prévio de doença reumatológica, com persistência dos sintomas), 24% (n=6) eram altamente afetados (sem diagnóstico prévio de doença reumatológica, mas com diagnóstico pós-chikungunya) e 12% (n=3), piora de quadro (com diagnóstico prévio de doença reumatológica estável e piora de quadro pós-chikungunya).

Os sintomas mais referidos nesta fase foram: dor articular (92%), edema periarticular (56%) e limitação do movimento (40%), sendo que 92% dos entrevistados referiram ter alguma dor (n=23). Quanto ao número de articulações afetadas, a maioria 48% (n=10) teve até 4 articulações afetadas, com mediana de 6 articulações (p25-75=2-9), sendo as mais afetadas os tornozelos (72%) e os punhos (64%), com acometimento simétrico na maioria dos casos (n=19) 82,6% (Figura 2).

A continuidade desse processo inflamatório por um período mais prolongado ocorre em algumas pessoas e pode levar ao dano permanente nas cartilagens e no tecido conjuntivo (PETERSEN; EPSTEIN, 2014). Porém, a causa dessa inflamação prolongada, ocorrida na fase crônica, ainda não está bem elucidada, uma vez que há dúvidas quanto ao que ocorre: se é uma resposta autoimune ou ativação imunológica prolongada (BRASIL, 2016).

Figura 2: Caracterização da fase crônica segundo sintomas apresentados, resultados da escala de dor e articulações afetadas (n = 25). Natal-RN, 2018.



Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica (2018) e contato telefônico.

Assim, esses dados apontam para um envolvimento articular danoso provocado pela FChik e alertam para a possibilidade de dano permanente e presença de incapacidades, já que a persistência dos sintomas apresentados é característica de inflamação articular e pode provocar lesões nos tecidos (BRASIL, 2018). Além disso, a persistência do envolvimento articular, pode impactar diretamente na autonomia e qualidade de vida das pessoas (NUNES et al., 2015; BRASIL, 2017a).

Considerações finais

A Febre Chikungunya promove um grande envolvimento articular, tanto na fase aguda como na crônica, se constituindo também como causa de incapacidade para o trabalho pelo absenteísmo que provoca. Mesmo transcorrido mais de um ano do adoecimento, os pacientes que ainda se encontravam na fase crônica da FChik apresentaram comprometimentos, o que pode impactar diretamente na autonomia individual em todos os seus aspectos.

É necessário melhorar a qualidade dos dados das notificações a fim de se conhecer o perfil epidemiológico da população para embasar a formulação de ações e políticas de prevenção desses agravos, assim como fortalecer e qualificar a rede de cuidado para aqueles que evoluírem com sequelas.

Além disso, é necessário também ampliar as informações referentes ao adoecimento crônico por FChik, que é a principal diferença em relação às outras arboviroses. Sobre este ponto, é urgente desenvolver e implementar estratégias institucionais para realizar o monitoramento e registro desses casos que evoluem para fase crônica, com acompanhamento periódico, visando traçar um perfil clínico-epidemiológico mais fidedigno deste agravo, de modo a subsidiar o aprimoramento de planos e ações voltadas para a FChik.

Esse monitoramento da fase crônica permitiria uma melhor compreensão sobre o real impacto socioeconômico que esta doença promove, já que ela afeta diretamente o sistema de saúde a curto e longo prazo, que precisa alocar recursos para toda essa assistência. O aspecto laboral destes acometidos também precisa ser considerado, já que o afastamento do trabalho não ocorre apenas na fase aguda da doença e em alguns casos pode se prolongar por muitos anos e até gerar incapacidade permanente.

Por fim, é necessária também a integração multiprofissional na realização de estudos de seguimento que avaliem com profundidade os aspectos envolvidos nesse adoecimento por Febre Chikungunya, considerando tanto a fase aguda quanto as formas crônicas deste agravo.

Referências

BRASIL. Ministério da saúde. **Procedimentos para notificação e investigação de casos suspeitos de febre de chikungunya**. Brasília, DF. BVS. 2014 Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/procedimentos_investigacao_febre_chikungunya.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2015**. Vol. 47. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Chikungunya manejo clínico**. Brasília, DF: 2017a. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf >

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2016**. 65 p. Brasília, DF. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2017**. Vol. 49. 2018.

BURT, F. J. et al. **Chikungunya virus: an update on the biology and pathogenesis of this emerging pathogen**. The Lancet. Infectious diseases vol. 17,4 (2017): e107-e117. doi:10.1016/S1473-3099(16)30385-1

COUDERC, T.; LECUIT, M. **Chikungunya virus pathogenesis: From bedside to bench**. Antiviral Res [Internet]. 2015;121:120–31. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0166354215001655>

LUM, F.M; NG, L.F. **Cellular and molecular mechanisms of chikungunya pathogenesis**. Antiviral Res. 2015 Ago;120:165-74. doi: 10.1016/j.antiviral.2015.06.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26092642/>

MALTA, D. C. et al. **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2015, v. 18, n. Suppl 2, pp. 03-16. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>.

NUNES, M.R.T. et al. **Emergence and potential for spread of Chikungunya virus in Brazil**. BMC Med [Internet]. 2015;13(1):102. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0348-x>

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas**. WASHINGTON; 2011. 148 p. Disponível em: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/Chikungunya-21072015A.pdf>

PETERSEN, L.R.; EPSTEIN, J.S. **Chikungunya virus: new risk to transfusion safety in the Americas**. Transfusion. 2014;54(8):1911-5. doi: 10.1111/trf.12790. PMID: 25130331; PMCID: PMC6482831.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE (SE-PAP). **Atualização da Situação Epidemiológica das Arboviroses no Rio Grande do Norte** [Internet]. Vol. 52. Natal-RN; 2016. Disponível em: www.saude.rn.gov.br

SEPPA, N. **Chikungunya is on the move**. Sci News [Internet]. 2015;187(12):16. Disponível em: <https://www.sciencenews.org/article/chikungunya-move>

VU, D.M.; JUNGKIND, D.; LABEAUD, A.D. **Chikungunya Virus**. Clin Lab Med [Internet]. 2017;37(2):371–82. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272271217300100>

CAPÍTULO 21- NUTRIÇÃO E CRONOBIOLOGIA NO ÂMBITO DA SAÚDE COLETIVA

Natália de Carvalho Cordeiro Lira

Jane Carla de Souza

Introdução

No campo da saúde coletiva, a área da nutrição busca incorporar aos estudos uma avaliação complexa de fatores sociais, ambientais, políticos e econômicos, o que vai além da busca clássica do entendimento da expressão “você é o que você come”. Essa expressão muitas vezes é utilizada para enfatizar a importância da alimentação na prevenção de doenças e na promoção e manutenção da saúde dos indivíduos. Porém, nas últimas décadas, novas perspectivas trazem o entendimento de uma nutrição mais ampla, que dentre os fatores nutricionais, as perguntas vão além do “que” e “quanto” comer. Ressalta-se a importância do “quando” se come associado aos padrões alimentares como um dos fatores fundamentais para a nutrição e a manutenção da saúde.

A importância da integração do horário da alimentação, da frequência e regularidade destes eventos dentro do contexto da nutrição vêm crescendo com o tempo e acarretou o surgimento de uma nova área de conhecimento chamada de “Crononutrição”. Esse termo teve sua primeira aparição no livro intitulado “Health Nutrition” (ODA et al., 2005) e deriva de uma área maior de conhecimento denominada de “Cronobiologia” (HALBERG, 1969), a qual estuda os ritmos de funcionamento do corpo ao longo do tempo (ritmos biológicos). Neste contexto, atitudes como manter a regularidade diária no horário das refeições ou evitar se alimentar em horários tardios da noite são comportamentos associados à promoção da saúde na população em geral (CRISPIM; MOTA, 2018).

Além disso, para a promoção da saúde individual e coletiva, outros fatores devem ser integrados, tais como: estilo de vida, condições de moradia, horário de trabalho e estudo, condição socioeconômica, exposição a mídias eletrônicas à noite, entre outros. Desta forma, é esperado que os profissionais da saúde que desenvolvem ações na área da saúde coletiva e atuam de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) devam apresentar conhecimento generalista e sejam capazes de trabalhar em equipe multiprofissional.

A formação generalista deve envolver conhecimentos relativos à Crononutrição, buscando entender como fatores do estilo de vida podem influenciar o processo saúde-doença e a

qualidade de vida da população. Desta forma, nutricionistas e demais profissionais da saúde poderão intervir de maneira efetiva, a partir de ações de mudanças de comportamentos e hábitos de vida, atuando no combate de problemas de saúde pública, como o sobrepeso e a obesidade, e indo além das intervenções farmacológicas, cirúrgicas ou focadas apenas no consumo alimentar.

Neste contexto, o presente capítulo se configura enquanto um ensaio teórico de cunho reflexivo, que busca apresentar uma análise ampla e integrada sobre uma área científica nova, denominada de Crononutrição. Para atender a esta premissa, foram postuladas três questões norteadoras, a saber: *O que é a Crononutrição? Como esta área científica surgiu e qual a interseção com a organização social atual (sociedade 24/7)? e Quais as implicações desta área no campo da Saúde Pública?* A discussão destes tópicos se deu a partir de marcos conceituais estabelecidos por este ramo do conhecimento, buscando difundir tais conhecimentos e fomentar novas reflexões e iniciativas sobre as interrelações entre Crononutrição e a Saúde Coletiva.

Cronobiologia e Nutrição - Crononutrição

Crononutrição é a vertente da cronobiologia que foca na relação entre a ritmicidade biológica, a nutrição e o metabolismo (OIKE; OISHI; KOBORI, 2014). A ritmicidade biológica presente nos seres vivos pode ser observada em funções fisiológicas e comportamentos, que são denominadas de ritmos biológicos, os quais são a fonte de estudo da Cronobiologia (MARQUES; MENNA-BARRETO, 2003).

Dentre os ritmos biológicos observados em humanos, os mais estudados são aqueles que apresentam uma ritmicidade de aproximadamente 24 horas diárias, como o ciclo sono/vigília e ritmos de secreção hormonal, tais como: melatonina, cortisol e insulina. Há ainda os ritmos infradianos, que ocorrem em variações de tempo maiores que 28 horas, um exemplo clássico é o ciclo menstrual e os ultradianos, que se repetem em períodos menores que 24h, como a frequência cardíaca (MARQUES; MENNA-BARRETO, 2003; MENNA-BARRETO; WEY, 2007).

Para melhor entender esta ritmicidade biológica é necessário compreender que existe um sistema complexo de temporização circadiana interno, que atua na expressão desses ritmos do organismo ao longo da vida e gera a ritmicidade de forma integrada a fatores endógenos e ambientais externos (STOTHARD et al., 2020). O sistema de temporização circadiana é composto por um oscilador central endógeno, o núcleo supraquiasmático (NSQ); por vias de comunicação de informação sensoriais e humorais; e outros osciladores periféricos localizados nos mais variados órgãos e tecidos, como o fígado, intestino, pâncreas entre outros.

O NSQ é um conjunto de neurônios localizados sobre o quiasma óptico no hipotálamo e funciona como um temporizador capaz de gerar e regular os ritmos circadianos, sendo passível de sincronização a pistas temporais externas, o que gera adaptação do indivíduo ao meio ambiente ao qual está inserido (MARQUES; MENNA-BARRETO, 2003; MARKOV; GOLDMAN; DOGHRAMJI, 2012; KUHLMAN; CRAIG; DUFFY, 2017). As vias de comunicação entre o ambiente externo e o NSQ podem ser de origem fótica (mediada pela presença ou ausência de luz), como o ciclo claro/escuro e não fótica (não mediadas pela luz), como a alimentação (MATOS et al., 2013).

As informações fóticas do ambiente são transmitidas ao NSQ a partir de células nervosas da retina que se projetam ao hipotálamo (KUHLMAN; CRAIG; DUFFY, 2017) e geram a sincronização entre o claro e escuro do ambiente com o ritmo biológico de sono e vigília, de forma que, a vigília ocorra durante as horas do dia e o sono ao longo da noite, em seres diurnos. O NSQ por sua vez, envia informações para os osciladores periféricos, sincronizando os ritmos destes osciladores entre si, e com o próprio ritmo do NSQ (MARQUES; MENNA-BARRETO, 2003). Este sistema é denominado de Sistema Circadiano Sincronizado pela Luz (do inglês – light-entrainable oscillator – LEO).

Esta sincronização temporal entre os ritmos internos do organismo e ao mesmo tempo com o ritmo de sono/vigília gerado pelo NSQ, em sincronia com o claro/escuro do meio ambiente externo gera o que a cronobiologia denomina de organização temporal interna, a qual é fundamental para a saúde do indivíduo (MATOS et al., 2013; MARQUES; MENNA-BARRETO, 2003).

As pistas temporais não fóticas que atuam como sincronizadores dos ritmos biológicos são as atividades sociais, prática de atividade física e a que será objeto maior desta discussão, a alimentação. A modulação dos sincronizadores pela alimentação é conhecida como Sistema Circadiano Sincronizado por Alimento (do inglês – food-entrainable oscillator - FEO), considerado como via não-fótica, que está fora do NSQ, porém envia informações humorais a este núcleo (MATOS et al., 2013). Esse sistema é capaz de coordenar de forma independente as atividades diárias relacionadas à alimentação e o processo digestivo, de forma que a atividade antecipatória alimentar, a qual permite ao organismo antecipar e organizar eventos necessários para que a alimentação ocorra, persiste mesmo com lesão do NSQ.

Nesse contexto, o horário regular das refeições funciona como um importante pista sincronizadora do sistema. Dessa forma, mesmo antes do horário habitual de ocorrer o evento alimentar, os osciladores periféricos, tais como: tecido adiposo, pâncreas, estômago e fígado (RUDDICK-COLLINS; MORGAN; JOHNSTONE, 2020) são influenciados pelo FEO a liberar enzimas e hormônios necessários para o processo digestivo, aumentando a motilidade gástrica, temperatura corporal e outras funções fisiológicas (MATOS et al., 2013; RUDDICK-COLLINS; MORGAN; JOHNSTONE, 2020).

Nesse sentido, a Crononutrição propõe que os nutrientes associados ao horário regular das refeições podem atuar fortalecendo a organização temporal interna de forma integrada a regulação do sistema circadiano sincronizado pela luz - LEO (JOHNSTON et al., 2016). Por outro lado, a sincronização pelo alimento pode ser influenciada pelo meio ambiente via sistema LEO (RUDDICK-COLLINS; MORGAN; JOHNSTONE, 2020).

Para compreender como a alimentação pode ser influenciada pelo sistema de sincronização pela luz (LEO), deve-se considerar que a influência do ciclo geofísico claro e escuro sobre os ritmos biológicos foi fator determinante para a sobrevivência da espécie humana, ao longo da evolução. No ambiente ancestral, com a ausência de luz artificial, os humanos foram moldados a realizarem as atividades durante o dia (vigília), como caçar e se alimentar, e o repouso à noite (sono). Esta sincronização vai além do comportamento de acordar e dormir, ou seja, inúmeras funções fisiológicas ocorrem de forma rítmica, permitindo que comportamentos, como a alimentação ocorram no momento mais adequado para o melhor funcionamento do organismo.

Entretanto, com o advento da luz artificial e com a revolução tecnológica o limite de dia e noite deixou de ser medido apenas pelo ciclo geofísico de claro/escuro, sendo permitido estar acordado em qualquer horário das 24h do dia. Essa nova organização social, somada ao fenômeno da globalização e do sistema capitalista, permitiu uma exploração ininterrupta de produção ao longo das 24h do dia, 7 dias por semana, caracterizando assim a sociedade 24/7. Este modelo de sociedade está associado a inúmeros problemas de saúde pública, devido este cenário não ter sido parte da evolução dos seres vivos, incluindo a espécie humana.

O comportamento alimentar é bastante influenciado pela presença ou ausência de luz, e os mecanismos envolvidos nestes processos e os impactos à saúde do indivíduo decorrentes dessas influências são objetivo de estudo da Crononutrição. Estudos demonstram que indivíduos com maior tendência a perda de sincronização circadiana, como os trabalhadores em turnos, tendem a ter maiores dificuldades de obedecer a um padrão alimentar regular, o que pode contribuir para o surgimento de doenças metabólicas, como a obesidade, síndrome metabólica e dislipidemias (CRISPIM; MOTA, 2018).

Portanto, considerando que estes conhecimentos são fundamentais para a promoção da saúde individual e coletiva, impactando diretamente na qualidade de vida da sociedade e contribuindo para a prevenção de problemas de saúde pública, esta é uma temática de suma importância para a formação em saúde. Entretanto, a primeira obra didática totalmente voltada para a discussão desta temática foi publicada em 2009, intitulada “Chrononutrition” (KAGAWA et al., 2009), o que demonstra como essa é uma área emergente e com muito a ser explorado no campo da nutrição e totalmente incipiente no campo da saúde coletiva.

Comportamentos crononutricionais e suas implicações

Comportamentos crononutricionais são hábitos específicos relacionados ao horário das refeições, a frequência da ingestão alimentar ao longo das 24h do dia e a regularidade deste padrão de ingestão alimentar ao longo dos dias da semana. Estes aspectos comportamentais relativos à nutrição podem influenciar a homeostase do metabolismo energético e consequentemente a saúde dos indivíduos. Marzi e colaboradores (2019) descrevem que pular o café da manhã e alimentar-se tarde da noite são comportamentos nutricionais que podem acarretar comprometimento da organização temporal circadiana, o que está associado a doenças metabólicas em humanos.

Isso ocorre porque os humanos são seres diurnos, que evolutivamente alocaram a atividade e os horários de alimentação ao longo do dia, enquanto o repouso ocorria à noite. Portanto, as atividades metabólicas com maior gasto energético para o organismo ocorrem preferencialmente durante o dia, enquanto, atividades que despendem menos energia estão dispostas à noite (KUHLMAN; CRAIG; DUFFY, 2017).

Desta forma, comportamentos como pular o café da manhã ou fazer refeições em horários noturnos podem gerar um descompasso entre o horário de sono/vigília e a alimentação/gasto energético. Este descompasso ocorre em decorrência de um desalinhamento entre os sistemas circadianos de sincronização pela luz (LEO) e o de sincronização pela alimentação (FEO), discutidos anteriormente.

Nesse sentido, estudos vêm demonstrando que especificamente o horário em que a refeição é realizada pode acarretar comprometimento no balanço energético e do metabolismo (RUDDICK-COLLINS et al., 2018). Para além disso, a alimentação regular e frequente, principalmente nas primeiras horas do dia, pode trazer benefícios na composição da massa corporal e ser fator protetor para doenças metabólicas e cardíacas (RUIZ-LOZANO et al., 2016; CRISPIM; MOTA, 2018).

É importante ressaltar que para a Crononutrição, a regularidade se refere a um comportamento alimentar que se repete, como tomar o café da manhã ou fazer lanches noturnos cerca dos mesmos horários ao longo dos dias da semana. A frequência é relativa ao número de vezes que o comportamento ocorre dentro de um intervalo de tempo, independente do horário, como número de vezes que realiza lanches nas 24h do dia.

O hábito de tomar café da manhã regularmente é o comportamento crononutricional mais estudado na literatura, sendo considerado um importante indicador de saúde (CRISPIM; MOTA, 2018). Estudos que avaliaram este comportamento demonstraram que pular o café da manhã está associado a 43% maior de chance de desenvolver obesidade em crianças e adolescentes (ARDESHIRLARIJANI et al., 2019). Além disso, este comportamento está relacionado

ao aumento do risco de desenvolver doenças coronarianas e hipertensão (CAHILL et al., 2013, SHARMA et al., 2018), aumento da glicemia e resistência à insulina (NAS et al., 2017), obesidade (OTAKI et al., 2017) e risco significativo de morte por doença cardiovascular (RONG et al., 2019).

Potter e colaboradores (2019) discutem que a não realização dessa refeição induz o indivíduo a consumir porções maiores nas refeições seguintes e um maior número de lanches ao longo do dia. A primeira refeição do dia é uma pista temporal sincronizadora dos osciladores periféricos localizados no fígado, ativando e ditando o ritmo do metabolismo energético do corpo. Ademais, nas primeiras horas da manhã o efeito termogênico dos alimentos é maior, o que favorece um maior gasto calórico nesse momento (RUDDICK-COLLINS; MORGAN; JOHNSTONE, 2020).

Somado a isso, deve-se considerar as diferenças individuais presentes na população com relação às preferências na escolha dos horários de dormir e acordar, o que na Cronobiologia é cunhado de cronotipo. De acordo com a classificação dos cronotipos é possível observar indivíduos com características matutinas, vespertinas e intermediárias (HORNE; OSTEBERG, 1976).

Os indivíduos matutinos apresentam padrão fisiológico e preferência por horários de dormir e acordar cedo, enquanto, os vespertinos têm preferências em acordar e dormir mais tarde, sendo mais ativos em horários mais tardios do dia. Os intermediários são a maioria da população e apresentam horários de dormir e acordar intermediários entre os matutinos e vespertinos (HORNE; OSTEBERG, 1976). Além destes, é possível observar uma pequena parcela da população que apresenta uma maior flexibilidade com relação a alocação das atividades diárias e os horários de dormir e acordar, sendo definidos como bimodais (MARTYNHAK et al., 2010).

Nessa perspectiva, estudos de Crononutrição demonstram uma associação entre comportamentos crononutricionais e o cronotipo. Indivíduos com cronotipo matutinos apresentam associação com o consumo regular do café da manhã e são associados a melhores condições de saúde (RUDDICK-COLLINS et al., 2018). Em contrapartida, os vespertinos tendem a não consumir o café da manhã e realizar refeições tarde da noite, o que é associado ao desenvolvimento de problemas de saúde (ARDESHIRLARIJANI et al., 2019).

Crispim e Mota (2018), discutem que a alimentação tarde da noite pode resultar em desregulação metabólica, obesidade e aumento do risco de desenvolver diabetes tipo 2. Mirghani (2021) observou que indivíduos que realizavam o jantar mais tarde eram mais obesos do que os indivíduos que faziam essa refeição mais cedo. Ni et al. (2019) demonstraram que além de causar dessincronização circadiana, a alimentação tarde da noite pode causar também disbiose intestinal, um desequilíbrio da flora, comprometendo a saúde intestinal do indivíduo. Estudos descrevem que o metabolismo energético é maior durante o dia e menos eficiente durante a

noite, portanto, fazer grandes refeições quando o organismo deveria estar em repouso pode acarretar nos efeitos negativos à saúde dos indivíduos (CRISPIM; MOTA, 2018; DASHT et al., 2019).

Considerando que a sociedade atual vive uma busca constante por produção ininterrupta, interação social e uma vigília que adentra as horas de sono, o que acarreta indivíduos privados de sono e com poucas horas de descanso, isso pode acarretar comportamentos nutricionais que impactam negativamente à saúde. Tendo em vista que, muitos indivíduos preferem dormir por um pouco mais de tempo pela manhã, em consequência das demandas sociais e, escolhem pular o café da manhã. Este hábito pode estar associado a preferências por horários mais tardios de alimentação, muitas vezes realizando a primeira refeição no almoço ou através de pequenos lanches durante a manhã, o que é associado a problemas de saúde.

Portanto, neste ciclo vicioso de comportamentos inadequados à saúde, a sociedade torna-se cada vez mais doente, gerando altas prevalências de doenças crônicas, distúrbios do sono e transtornos do ciclo sono/vigília, o que são problemas de saúde pública. Diante disso, percebe-se a necessidade de intervir a partir de políticas públicas de saúde, desde a inclusão desta discussão na política de educação permanente; fortalecer a integração da Crononutrição na formação dos nutricionistas a nível de ensino de graduação e pós-graduação; e incluir nas ações de saúde, voltadas à população em geral, orientações sobre comportamentos crononutricionais que podem ser abordados na atuação dos profissionais na prática clínica.

Crononutrição na saúde pública

A Atenção Primária em Saúde ou Atenção Básica deve ser, preferencialmente, a primeira forma de atendimento à população no SUS, garantindo que o indivíduo tenha acesso universal aos serviços de saúde ofertados, com o objetivo de orientar na prevenção de doenças, solucionar problemas de saúde ou encaminhar para níveis superiores de complexidade. As ações de alimentação e nutrição que são oferecidas nesse contexto, visam desenvolver estratégias e planos de ação com foco especial nas doenças crônicas não transmissíveis e no desenvolvimento e crescimento na infância, gestantes/lactantes e população idosa (CERVATO-MANCUSO et al., 2012). Dessa forma, o profissional nutricionista é fundamental na implementação e manutenção de ações que visem a promoção, prevenção e tratamento de saúde.

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 através da Portaria Ministerial Nº 154 (BRASIL, 2008) e a inclusão do nutricionista como participante da equipe multidisciplinar proporcionou uma maior atenção às ações voltadas para melhoria do estado nutricional coletivo. Por conseguinte, ações de educação em nutrição passaram a ser ofertadas a partir de grupos terapêuticos, de acordo com as necessidades nutricionais e alimentares iden-

tificadas, para a comunidade, apoio matricial, além do atendimento individual especializado. Desse modo, o ambiente construído passou a integrar a abordagem de diversos assuntos com uma linguagem mais acessível e menos técnica (BRASIL, 2010).

Neste cenário, ressaltamos que a inclusão da Crononutrição dentro das ações de alimentação e nutrição pode proporcionar uma nova abordagem ao enfrentamento dos problemas de saúde pública. Podendo ser abordada tanto no contexto ambulatorial, através da anamnese e rastreio de como o estilo de vida e horários irregulares de alimentação podem estar trazendo risco à saúde, como em atividades de grupo, conscientizando e demonstrando a importância de se manter uma alimentação regular e frequente, evitar pular refeições e alimentar-se muito tarde da noite. Estas orientações devem ser associadas às atividades e abordagens já utilizadas, o que pode trazer benefícios na qualidade de vida da população.

Para isso, é importante que o profissional tenha conhecimento e seja capacitado para trabalhar ações com esse tema ainda emergente. Atualmente, algumas grades curriculares dos cursos de nutrição integram algumas disciplinas que tratam desta temática, porém ainda de forma muito superficial. É interessante que se busque formar e atualizar profissionais para que possam colocar na prática clínica a abordagem da Crononutrição. Tendo em vista que agregada a reeducação alimentar, a mudança de hábitos relativos à horários de alimentação pode acarretar ao indivíduo o alcance do objetivo desejado, melhorando o estado nutricional sem a necessidade de práticas mais invasivas.

Considerações finais

A adoção do tema da Crononutrição como uma estratégia dentro de uma política de saúde para a promoção da saúde dos grupos mais vulneráveis pode trazer grandes benefícios para a população. Tendo em vista que pode ser tratada através de educação nutricional e implementação de ações básicas na rotina dos indivíduos. Destaca-se que esta é uma estratégia de baixo custo e contribui para o suporte aos grupos de trabalhadores em turnos, pessoas com doenças metabólicas, sobrepeso/obesidade dentre outros, através de orientações a respeito da temática. Sendo, portanto, pequenas atitudes que podem levar a grandes benefícios de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Referências

ARDESHIRLARIJANI, E; NAMAZI, N; JABBARI, M; ZEINALI, M; GERAMI, H; JALI-

LI, R.B.; LARIJANI, B; AZADBAKHT, L. The link between breakfast skipping and overweight/obesity in children and adolescents: a meta-analysis of observational studies. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders**, v. 18, p.657–664. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília DF, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Caderno de Atenção Básica n. 27**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf> Acesso em: 28 de jan, 2022.

CAHILL, L.E.; CHIUVE, S.E.; MERAKY, R.A.; JENSEN, M.K.; FLINT, A.J.; HU, F.B.; RIMM, E.B. A prospective study of breakfast eating and incident coronary heart disease in a cohort of male U.S. Health Professionals. **Circulation**, v. 128, p. 337–343. 2013.

CERVATO-MANCUSO, A.M; TONACIO, L.V; SILVA, E.R; VIEIRA, V.L.. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.12, p. 3289-3300. 2012.

CRISPIM, C.A; MOTA, M.C. New perspectives on chrononutrition. **Biological Rhythm Research**, p. 63-77. 2018.

DASHTI, H.S.; SCHEER F.A.J.L.; SAXENA R; GARAULET M. Timing of Food Intake: Identifying Contributing Factors to Design Effective Interventions. **Adv Nutr**, v.10, n.4, p.606–620. Julho, 2019.

HALBERG, F. Chronobiology. **Ann. Rev. Physiol.**, v. 3por1, p. 675-725, 1969.

JOHNSTON, J.D.; ORDOVÁS, J.M.; SCHEER, F.A.; TUREK, F.W. Circadian Rhythms, Metabolism, and Chrononutrition in Rodents and Humans. **Advances in Nutrition**, v. 7, n. 2, p. 339-406. 2016.

HORNE, J. A.; OSTEBERG, O. A. Self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. **International Journal of Chronobiology**, 4, p. 97-110.1976.

KAGAWA, Y.; SHIBATA, S.; ODA, H; KATO, H.; HORIE, S.; SHIMBA, S. **Chrononutri-**

tion. Nutrition Publishing Division. Tokyo, 2009.

KUHLMAN, S.J.; CRAIG, L.M; DUFFY, J.F. Introduction to Chronobiology. **Cold Spring Harb Perspect Biol**, v. 10, n.9. 2017.

MARQUES, N; MENNA-BARRETO, L. **Cronobiologia: princípios e aplicações**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003. 2ed.

MARKOV, D; GOLDMAN, M; DOGHRAMJI, K. Normal Sleep and Circadian Rhythms: Neurobiological Mechanisms Underlying Sleep and Wakefulness. **Sleep Medicine Clinics**, v.7, n.3, p.417–426, Setembro. 2012.

MARTYNHAK, B. J.; LOUZADA, F. M.; PEDRAZZOLLI, M.; ARAÚJO, J. F. Does the chronotype classification need to be update? Preliminary findings. **Chronobiology International**, v. 27, n. 6, p.1329-1334. 2010.

MATOS, R.J et al. Ritmo e Metabolismo. In: SAWAYA, A.L; LEANDRO, C.G; WAITZBERG, D. **Fisiologia da nutrição na saúde e na doença**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2013. p. 3-30, cap. 1.

MAZRI, F.H; MANAF, Za.A; SHAHAR, S; LUDIN, A.F.M. The association between Chronotype and Dietary Pattern among adults: a scoping review. **Int. J. Environ. Res. Public Health**,v. 17, n. 1, p.68. 2020.

MENNA-BARRETO, L; WEY, D. Ontogênese do sistema de temporização – a construção e as reformas dos ritmos biológicos ao longo da vida humana. **Psicologia USP**, v. 18, n.2, p.133-153. 2007.

MIRGHANI, H. The Effect of Breakfast Skipping and Late Night Eating on Body Mass Index and Glycemic Control Among Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. **Cureus**, v. 13(, n. 6. 2021.

NAS, A; MIRZA, N; HAGELE, F; KAHLHOFER, J; KELLER, J; RISING, R; KUFER, T.A.; BOSY-WESTPHAL, A. Impact of breakfast skipping compared with dinner skipping on regulation of energy balance and metabolic risk. **Am J Clin Nutr**, v.105, n.6, p. 1351-1361. 2017.

NI, Y; LIANXIN, W; JINLU, J; TIANQ, Y; ZE, W; LINGYAN, M; LIUJIE, Z; XIN, Y; ZEMING, W; ZHENGWEI, F. Late-Night Eating-Induced Physiological Dysregulation and Circadian Misalignment are Accompanied by Microbial Dysbiosis. **Mol. Nutr. Food Res**, v. 63. 2019.

ODA, H. Chrononutrition. **J Nutr Sci Vitaminol**, v. 61. 2015.

OIKE, H; OISHI, K; KOBORI, M. Nutrients, Clock Genes, and Chrononutrition. **Curr Nutr Rep**, v. 3, n.3, p. 204-212. 2014.

OTAKI, N.; OBAYASHI, K.; SAEKI, K.; KITAGAWA, M.; TONE, N.; KURUMATANI, N. Relationship between Breakfast Skipping and Obesity among Elderly: Cross-Sectional Analysis of the HEIJO-KYO Study. **J Nutr Health Aging**, v. 21, n. 5, p.501-504. 2017.

POTTER, C; GRIGGS, R.L.; BRUNSTORM, J.M.; ROGERS, P.J. Breaking the fast: meal patterns and beliefs about healthy eating style are associated with adherence to intermittent fasting diets. **Appetite**, v. 1, p. 32-39. 2019.

RONG, S; SNETSELAAR, L.G.; XU, G; SUN, Y.; LIU, B; WALLACE, R.B; BAO, W. Association of Skipping Breakfast With Cardiovascular and All-Cause Mortality. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 73, n. 16, p. 2025-2032. 2019.

RUDDICK-COLLINS, L. C.; JOHNSTON, J. D.; MORGAN, P. J.; JOHNSTONE, A. M. The Big Breakfast Study: Chrono-nutrition influence on energy expenditure and bodyweight. **Nutrition Bulletin**, v. 43, n.2, p. 174–183. 2018.

RUDDICK-COLLINS, L.C.; MORGAN, P. J.;JOHNSTONE, A.L. Mealtime: a circadian disruptor and determinant of energy balance? **Journal of Neuroendocrinology**, v. 32, n. 7. 2020.

RUIZ-LOZANO, T.; VIDAL, J.; DE HOLLANDA, A.; SCHEER, F.A.J.L; GARAULET, M.; IZQUIERDO-PULIDO, M. Timing of food intake is associated with weight loss evolution in Q4 severe obese patients after bariatric surgery. **Clinical Nutrition**, v. 35, n. 6, p. 1308-1314. 2016.

SHARMA, K.; SHAH, K. BRAHMBHAAT, P.; KANDRE, Y. Skipping breakfast and the risk of coronary artery disease. **International Journal of Medicine**, v. 111, n. 10, p. 715–719. 2018.

STOTHARD, E.R; RITCHE, H.K.; BIRKS, B.R.; ECKEL, R.H.; HIGGINGS, J; MELANSON, E. L.; WRIGHT J.R, K.P.; MCHILL, A.W. Early morning food Intake as a risk factor for metabolic dysregulation. *Nutrients*, v. 12, p. 756, 2020.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Isabelle Ribeiro Barbosa- Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Epidemiologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Mestre em Ciências Biológicas e Doutora em Saúde Coletiva pela UFRN. Professora adjunta da UFRN. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN).

Anna Cecília Queiroz de Medeiros- Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Ciências da Saúde e Doutora em Psicobiologia pela UFRN. Professora adjunta da UFRN. Vice-coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN).

Talita Araujo de Souza- Graduada em Enfermagem e Especialista em Urgência, Emergência e UTI pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) da UFRN. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

SOBRE OS AUTORES (em ordem alfabética)

Adriana Gomes Magalhães - Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Cinesioterapia. Mestre em Engenharia Biomédica e Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora adjunta da UFRN.

Amanda Carla Silva Cavalcanti - Especialista em saúde mental. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte FACISA.

Ana Kalliny de Sousa Severo - Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora do magistério superior e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Brunno Alves de Lucena- Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário de Patos - UNIFIP (2017). Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), residência em Atenção à Saúde Materno-Infantil (UFRN). Pós-graduando em Estratégia Saúde da Família. Especialista em Saúde Pública. Temas de pesquisa: Saúde Coletiva – Avaliação de Programas e serviços do SUS e processo de produção de Saúde, e Psicologia – RAPS – Rede de atenção Psicossocial e Psicologia da Saúde e Hospitalar.

Cecília Nogueira Valença - Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordenadora do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA-UFRN).

Cristiane da Silva Ramos Marinho - Graduação em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem e Doutorado em Saúde Coletiva. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN).

Dimitri Taurino Guedes - Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especializações em Recursos Cinesioterapêuticos pela UFPB e em Gerontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Engenharia de Produção pela UFPB. Doutor em Ciências da Saúde pela UFRN. Professor adjunto da UFRN.

Eleazar Marinho de Freitas Lucena - Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Saúde da Família pela UFPB. Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ. Mestre e Doutor em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB. Professor adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Emelyne Gabrielly de Oliveira Santos - Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Urgência, Emergência e UTI pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutora em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Euclenes Felinto Medeiros- Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do

Norte (UFRN). Mestre em Saúde Coletiva pela UFRN. Assistente social do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN), *Campus* Currais Novos.

Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa - Mestre em Saúde Coletiva pela UFRN. Servidora pública da Secretaria da Saúde Pública do RN/ SESAP, lotada no Centro de Formação de Pessoal/CEFOPE e servidora pública da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, lotada no Setor de Educação Permanente e Articulação Ensino Serviço/ SEPAES.

Fernanda Diniz de Sá - Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre em Engenharia de Produção pela UFPB. Doutora em Sociologia pela UFPB. Professora adjunta da UFRN.

Héllyda de Souza Bezerra- Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Gestão do Trabalho e na Educação em Saúde pela UFRN. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela UFRN. Servidora pública do Estado do Rio Grande do Norte (SESAP) e da secretaria de saúde do município de Natal/RN.

Izabel Cristina dos Santos Soares. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da UFRN

Jane Carla de Souza- Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre e Doutora em Psicobiologia pela UFRN. Professora adjunta da UFRN.

Jéssica Isabelle dos Santos Dutra. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Saúde Coletiva pela UFRN.

José Jailson de Almeida Júnior - Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Docência na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Enfermagem pela UFRN. Doutorado em Educação pela UFRN. Professor Associado da UFRN.

Julyenne Dayse Gomes de Oliveira - Mestranda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN). Atualmente servidora – EBSEH - Hospital Universitário Ana Bezerra.

Katarina Márcia Rodrigues dos Santos. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Kezauyn Miranda Aiquoc - Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestranda em Saúde Coletiva (PPGSCol/UFRN). Pesquisadora Bolsista na Diretoria de Políticas Intersetoriais e Promoção da Saúde da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

Leonildo Santos do Nascimento Júnior - Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Fisioterapeuta do Trabalho certificado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Mestre em Engenharia Humana pela Universidade do Minho. Doutor em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professor adjunto da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Letícia Rocha Batista - Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ.

Luciana da Silva Pinheiro - Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN). Enfermeira graduada pela FACISA/ UFRN.

Maria Ângela Fernandes Ferreira - Graduação em Odontologia. Mestrado em Ciências e Doutorado em Odontologia (Odontopediatria). Professor Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Maria Aparecida Paulo dos Santos - Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pós-graduanda em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva - UNIFIP. Pós-graduanda em Enfermagem do Trabalho - FAVENI. Enfermeira plantonista na Unidade Mista de Saúde - Lajes Pintadas/RN. Enfermeira da Equipe Técnica V URSAP/SESAP.

Maria Eduarda da Silva Matos - Especialista em Política de Assistência Social, Instrumentalidade e Gestão do SUAS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte FACISA.

Marília Karla Laurentino Santana- Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte. Especialista em Nutrição Clínica pelo Centro Universitário do Rio Grande do

Norte. Pós-graduada pelo Programa de Residência Multiprofissional em Assistência materno infantil pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Marina Gabriela Medeiros de Moura- Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN). Enfermeira do Instituto de Medicina Tropical da UFRN.

Marla Raquel Leandro da Silva - Cirurgiã-dentista, graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (UFRN). Pesquisadora na área de epidemiologia e bioestatística para área da saúde.

Mercês de Fátima dos Santos Silva- Graduação em Bacharelado e Licenciatura em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Patrimônio Imaterial pela Fundação do Patrimônio Histórico e Artístico de Pernambuco (FUNDARPE). Mestre em Sociologia pela UFPE. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora da adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Natália de Carvalho Cordeiro Lira- Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestranda em Saúde Coletiva pela UFRN.

Nayre Beatriz Martiniano de Medeiros – Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN). Pós-graduada em Fisioterapia do Trabalho e Ergonomia pela Faculdade Cidade Verde (FCV). Mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN).

Pedro Bezerra Xavier - Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência pela Associação Brasileira de Ensino Universitário (UNIABEU). Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN/FACISA).

Rayane Stefany Borges Sabino - Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ. Especialista em Psicomotricidade Clínica e Institucional pelo Centro Universitário UNIFIP.

Renata Newman Leite dos Santos Lucena - Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ. Especialista em Avaliação dos Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Mestre e Doutora em

Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB. Professora do Centro Universitário UNIESP.

Renatha Celiana da Silva Brito- Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFRN.

Silvana Alves Pereira - Graduação em Fisioterapia, mestrado, doutorado e Pós Doutado em Neurociências e Comportamento. Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Suely Araújo de Souza- Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA/ UFRN. Graduada em História Licenciatura pelo Centro de Ensino Superior do Seridó - CERES/UFRN. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC-CNPQ.

Esta coletânea apresenta os horizontes e as realidades da produção científica do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSacol), mestrado acadêmico vinculado à Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, unidade acadêmica da UFRN localizada no município de Santa Cruz-RN. Esta é a segunda coletânea produzida a partir de iniciativas desenvolvidas no PPgSacol: nossa primeira coletânea floresceu a pesquisa no Trairi 1, trazendo relatos, discussões desenvolvidas ao longo de disciplinas, parcerias científicas e de projetos de dissertação com nossos mestrandos. Nesta segunda experiência, são apresentadas reflexões científicas e realidades constatadas nas pesquisas desenvolvidas. São trabalhos que se desenharam a partir dos novos arranjos que o programa tem vivenciado nos últimos dois anos, dentre estes, os impactos da pandemia pelo COVID-19 na organização do trabalho na universidade e fora dela. A Saúde Coletiva é o eixo norteador para a organização desta coletânea. Em 21 capítulos, destacam-se os temas que emergiram dessas produções. A Seção 1 debate o trabalho no contexto da pandemia. Na seção 2, emerge o tema da Saúde Mental. Na seção 3, são apresentados os temas da equidade e acesso a serviços de saúde. A Seção 4 discute a Saúde da criança e do adolescente, e por fim, a Seção 5 traz temas diversos. Esperamos que este livro possa contribuir com a reflexão sobre a produção do conhecimento na Pós-Graduação em Saúde Coletiva e possa fomentar o debate a respeito deste campo sempre aberto à incorporação de propostas inovadoras.

