

Ana Maria Gondim Valença
Juliana Sampaio
Pedro José Santos Carneiro Cruz
(organizadoras e organizador)

SAÚDE COLETIVA EM FOCO
produções nos campos da
Política, Gestão e Cuidado e da
Epidemiologia



SAÚDE COLETIVA

EM FOCO:

produções nos campos da
Política, Gestão e Cuidado e
da Epidemiologia

Ana Maria Gondim Valença
Juliana Sampaio
Pedro José Santos Carneiro Cruz
(organizadoras e organizador)

SAÚDE COLETIVA EM FOCO:
produções nos campos da
Política, Gestão e Cuidado e
da Epidemiologia

Editora do CCTA/UFPB

João Pessoa

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

S255 Saúde coletiva em foco : produções nos campos da política, gestão e cuidado e da epidemiologia [recurso digital: Ebook] / [organização de:] Ana Maria Gondim Valença, Juliana Sampaio, Pedro José Santos Carneiro Cruz. – João Pessoa : Editora do CCTA/UFPB, 2024. 310 p.

ISBN 978-65-5621-408-5
Inclui referências.

1. Saúde coletiva. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Saúde pública. 4. Interprofissionalidade nos serviços de saúde. I. Valença, Ana Maria Gondim. II. Sampaio, Juliana. III. Cruz, Pedro José Santos Carneiro.

CDU 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE COMUNICAÇÃO, TURISMO E ARTES

REITOR
VALDINEY VELOSO GOUVEIA
VICE-REITORA
LIANA FILGUEIRA CAVALCANTE



DIRETOR DO CCTA
ULISSES CARVALHO DA SILVA
VICE-DIRETOR
FABIANA CARDOSO SIQUEIRA



CONSELHO EDITORIAL DESTA PUBLICAÇÃO

Carlos José Cartaxo
Magno Alexon Bezerra Seabra
José Francisco de Melo Neto
José David Campos Fernandes
Marcílio Fagner Onofre

EDITOR
José David Campos Fernandes

SECRETÁRIO DO CONSELHO EDITORIAL
Paulo Vieira

LABORATÓRIO DE JORNALISMO E EDITORAÇÃO
COORDENADOR
Pedro Nunes Filho

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTERPROFISSIONALIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO CENÁRIO POLÍTICO E ECONÔMICO BRASILEIRO CONTEMPORÂNEO.....	10
DESAFIOS NO ACESSO DE IDOSOS À ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE EM ÁREA RURAL NO BRASIL	32
O CUIDADO E A SEGURANÇA DO PACIENTE EM GUINÉ- BISSAU	66
ACESSO E CUIDADO: REFLEXÕES SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA FAMÍLIAS CIGANAS EM SOUSA-PB	104
DIMENSÕES CONCEITUAIS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	138
PERFIL DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE NO NORDESTE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE DO CICLO DE GESTÃO 2017- 2020	177

COMPETÊNCIAS PARA A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O QUE APONTAM OS ESTUDOS NO BRASIL?	217
TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL INFANTOJUVENIL: UMA ABORDAGEM PARA A SAÚDE COLETIVA	256
SOBRE AUTORAS, AUTORES, ORGANIZADORAS E ORGANIZADOR	299

APRESENTAÇÃO

Ana Maria Gondim Valença

Juliana Sampaio

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Ao longo dos últimos 5 anos, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) vem consolidando sua produção acadêmica por meio do aprofundamento da reflexão/ação no campo da saúde coletiva.

Tendo sua primeira turma ingressando no ano de 2019, é uma preocupação constante dos/as atores/as que compõem o Programa a articulação e integração entre as suas duas áreas de concentração: Epidemiologia e Política, gestão e cuidado em saúde.

Nesta perspectiva, a presente obra tem o propósito de oportunizar o debate no campo da saúde coletiva, com ênfase na produção de conhecimentos

qualificados, produzidos em parceria com outras instituições nacionais, contribuindo, assim, para o

desenvolvimento técnico-científico e social das áreas relacionadas às Políticas, gestão e cuidado e à Epidemiologia. Além disso, é mais um dos esforços do Programa de divulgação de um conjunto de produções acadêmicas no qual está vinculado, em seu compromisso com a disseminação do conhecimento científico.

Entendemos que o momento atual, de (re)valorização da ciência, da (re)afirmação das políticas públicas e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), dialoga com os textos contidos neste livro.

Sob essa ótica, os capítulos abordam a interprofissionalidade nos serviços de saúde, bem como o cuidado em saúde direcionado a diferentes grupos populacionais, considerando suas singularidades e desafios. Discorrem, ainda, sobre a participação social no âmbito da atenção básica, e também sobre a gestão municipal, caracterizando seu perfil em uma região geográfica do Brasil.

Assim, esperamos que este livro possa fomentar novos diálogos no campo da saúde coletiva, colaborando com o desenvolvimento de estudos e

produções acadêmicas, fortalecendo a função social da Universidade Federal da Paraíba, como uma instituição de Ensino, Pesquisa e Extensão, comprometida com a produção de uma sociedade mais justa e saudável.

INTERPROFISSIONALIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO CENÁRIO POLÍTICO E ECONÔMICO BRASILEIRO CONTEMPORÂNEO

Antares Silveira Santos

Franklin Delano Soares Forte

Jonathan Cordeiro de Moraes

Adriana Maria Macedo de Almeida Tófoli

Luciana Figueiredo de Oliveira

1. INTRODUÇÃO

Os conceitos relacionados à interprofissionalidade surgem a partir da análise do processo de trabalho em saúde de modo a subsidiar uma proposta de atuação profissional com o potencial de superar a uniprofissionalidade e o modelo biomédico, marcada pelo despreparo dos profissionais para o trabalho em equipe

(COSTA et al., 2021). Nessa perspectiva, no contexto de construção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza-se a implementação de políticas e ações que tenham o objetivo de trazer mudanças para o processo de trabalho em saúde a partir da formação e qualificação profissional, integração ensino-serviço e o envolvimento de formadores, trabalhadores, gestores e controle social (OGATA et al., 2021).

Consoante a isso, é notório o crescente interesse pela temática da interprofissionalidade com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado em saúde. Trabalhos de revisões da literatura apontam a presença de produção científica qualificada, com variadas abordagens metodológicas, que buscam compreender como o trabalho interprofissional e as competências colaborativas estão se apresentando nos serviços de saúde (FERNANDES et al., 2021). No Brasil, observa-se um aumento, nos últimos cinco anos, de publicações com referência aos termos “interprofissionalidade” e “colaboração”, porém as lacunas conceituais e a pouca utilização da abordagem mista (quanti-qualitativa) nos métodos de pesquisa sugerem a necessidade de estudos mais abrangentes na

área, visto a complexidade da temática (FREIRE et al., 2021).

Pensando no desenvolvimento de iniciativas de qualidade com o objetivo de inserir nos serviços de saúde ações estratégicas de qualificação na gestão de pessoas para a interprofissionalidade no trabalho em saúde, percebe-se a importância de analisar esse trabalho sob a ótica do cenário político-econômico brasileiro e os desafios atuais para o processo de trabalho em saúde vivenciados nos serviços. Assim, esse trabalho pretende discutir os pressupostos e os desafios para implementação do trabalho interprofissional no contexto político e econômico do Brasil.

2. OS PRESSUPOSTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E INTERPROFISSIONALIDADE NO BRASIL

Foucault (2008) afirmou que o neoliberalismo americano não é apenas uma opção econômica, mas uma maneira de ser e pensar. Nessa perspectiva, o trabalho é inserido na análise econômica conforme a teoria do capital humano de Foucault (2008). Com isso, a força de trabalho (o/a trabalhador/a) é colocada como produtora de

riquezas e traz a necessidade da compreensão das relações sociais a partir do princípio da rentabilidade, o que seria “uma espécie de análise economista do não-econômico” (FOUCAULT, 2008).

Seguindo essa direção, Donnangelo e Pereira (1979) analisam a prática médica no campo social e de serviço dentro da estrutura capitalista da sociedade. Os autores apontaram que a prática médica se articula (e se complexifica) às representações econômicas, políticas e históricas a que o corpo (objeto do trabalho médico) está inserido.

Mendes-Gonçalves (2017), com base nas concepções marxistas, define o trabalho em saúde como a interação entre o trabalho (atividade desenvolvida com um fim e de forma intencional), o objeto de trabalho e os meios de trabalho (instrumentos capazes de gerar a transformação – no caso da saúde, a cura, o controle, etc). O autor destaca que o processo de trabalho em saúde ocorre a partir das necessidades de saúde (individuais ou coletivas) delimitadas historicamente, estando, portanto, em constante modificação, e que o trabalho coletivo (atividade conjunta dos profissionais) deve estar alinhado às tais necessidades.

A partir de Marx compreende-se que, dentro de uma sociedade capitalista, a força de trabalho em saúde está sujeita à alienação do trabalho, em que, com o estímulo à competição, os trabalhadores passam a estar alheios ao processo de trabalho (FRANCO, 2011). Fatores como distanciamento das relações de trabalho, seja entre profissionais de diferentes categorias ou entre profissionais e usuários, e a desvalorização profissional a partir de carga horária e atribuições excessivas de trabalho, precárias condições de trabalho e baixos salários, também impactam na alienação do trabalho na saúde.

A pauta da alienação do trabalho em saúde é bastante explorada por Mendes-Gonçalves (2017), na qual se destaca a problemática da ausência de reconhecimento dos trabalhadores em saúde como classe trabalhadora. Ribeiro, Pires e Blank (2004) afirmaram que a racionalização dos serviços de saúde mediante a impossibilidade e/ou interesses econômicos desencadeia ações que têm como base a desvalorização profissional na saúde (ex. redução de força de trabalho qualificada, precarização do trabalho, entre outras). Os autores complementaram que isso ocorre justamente devido à falta de organização dos trabalhadores em saúde, no

sentido de reconhecimento como um grupo que possui interesses em comum (sujeito coletivo).

Nesse contexto, é importante refletir a respeito de como a afirmativa de que as sociedades capitalistas são igualitárias acaba por trazer reflexos diretos no setor saúde (MENDES-GONÇALVES, 2017). A chamada “meritocracia”, tão propagada pelo neoliberalismo, traz duas vertentes de dificuldades para o processo de trabalho em saúde: 1) as pessoas não reconhecem a equidade em saúde como sendo justa e tendem a achar que a saúde paga (consumida) tem (e deve ter) melhor qualidade do que a garantida pelo Estado; 2) os profissionais da saúde passam a ser estimulados a serem reconhecidos pela produtividade (e recompensados com remuneração por isso), sendo colocados em ambientes de competitividade. Isso cria um espaço de disputa marcada pelo pensamento de que um é melhor ou mais importante do que o outro. Ressalta-se que, em uma visão macro organizacional, a gestão utiliza-se dessa ideia para manter práticas de desvalorização profissional e de descaso com as reais necessidades da Saúde.

Assim, observa-se que o processo de trabalho em saúde deve ser pensado a partir da organização do trabalho

e as relações entre os sujeitos envolvidos, bem como as consequências dessas configurações para o cuidado em saúde. Para a visualização do processo desse trabalho em sua completude, é necessário que as formas de organização política, econômica e social sejam consideradas como fatores determinantes desse processo, tendo em vista que é a partir dessas questões em nível “macro” que as reflexões e estratégias acerca dos desafios e potencialidades das atuais conjunturas do trabalho em saúde serão correspondentes à realidade.

Ao mesmo tempo, é importante compreender que esse modelo assistencial, que permanece hegemônico, traz prejuízos para a integralidade, equidade e universalidade do sistema de saúde, além de interferir no processo de trabalho (ao seguir a lógica produtivista) e desprotege o trabalhador desse sistema (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Dessa forma, verifica-se a importância da adequação dos modelos de atenção à saúde para que haja efetividade no cuidado em saúde, pois, segundo Paim (2008), é a partir deles que as práticas de saúde estarão direcionadas e organizadas em relação às ações realizadas, objetivos almejados e tecnologias utilizadas.

Na Atenção Primária à Saúde (APS) presente no sistema de saúde brasileiro espera-se que, a partir da presença prioritária de tecnologias leves, os processos de trabalhos se configurem centrados nas relações interpessoais entre os profissionais da saúde e entre profissionais e usuários. Nessa perspectiva, a APS visa a quebra do paradigma assistencial e fragmentado da saúde, pois tem como proposta ser a ordenadora da reorientação do cuidado em saúde a partir de equipes multiprofissionais com vistas à integralização da saúde (BRASIL, 2017). Para que a atenção à saúde seja efetiva, o ideal seria haver a junção entre a autonomia técnica dos profissionais e a articulação das ações dos diversos sujeitos (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Emerge, então, a interprofissionalidade como uma proposta de organização da prática em saúde como substituta da prática fragmentada.

3. DESAFIOS PARA O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATUAL CONJUNTURA POLÍTICO-ECONÔMICA BRASILEIRA

Ao referir-se à organização da prática em saúde voltada para a colaboração, observa-se que as equipes de saúde na APS ainda enfrentam desafios para o desenvolvimento do trabalho interprofissional almejado, entre eles se destacam a escassa participação popular na gestão local, a baixa realização de ações intersetoriais e compartilhadas (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016), a pouca compreensão das subjetividades como necessidades de saúde, e a falta de reconhecimento das tecnologias leves como meio de trabalho (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Fatores como esses podem ser reconhecidos como essenciais para que a prática interprofissional seja de fato focada no usuário e para que ocorra a colaboração em saúde (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

O trabalho interprofissional em saúde tem como pressuposto a integração entre os sujeitos envolvidos nesse processo, de forma a favorecer o compartilhamento, a colaboração e a construção coletiva, baseado na vivência contextual e na articulação da prática dos profissionais a partir das realidades observadas (MOTTA; PACHECO, 2014). Considera-se que isso permite que a organização do processo de trabalho seja aperfeiçoada, gerando maior

eficácia e efetividade no cuidado integral fornecido pelas equipes de saúde (RIBEIRO et al., 2022). Assim, diferentes núcleos profissionais podem se comunicar e desenvolverem suas competências e habilidades visando um cuidado integral e resolutivo (MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015).

Diante da complexidade do cuidado em saúde, a colaboração interprofissional precisa transcender a parceria entre profissionais do próprio serviço, alcançando a parceria com usuários/famílias/comunidades e com profissionais de outros serviços de modo a enfrentar as ameaças contra a ampliação do acesso aos serviços da APS (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Destacam-se, então, dois domínios/competências necessários para a colaboração interprofissional: atenção centrada no usuário (FREIRE FILHO et al., 2018) e comunicação interprofissional (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

O conceito da “atenção centrada no usuário” como uma ferramenta para a melhoria do cuidado em saúde já é alvo de discussões referentes à concretização dos avanços almeçados desde o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Ressalta-se que é uma das premissas para a prática interprofissional colaborativa. Nesse sentido, a

realização de ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde a partir das necessidades reais, individuais e/ou coletivas torna-se um modo de impulsionar a colaboração interprofissional visando uma produção de cuidado centrada no usuário (FREIRE et al., 2021). Já a comunicação interprofissional pode ser considerada como o diálogo efetivo entre os sujeitos (usuários e profissionais da saúde, entre os membros da equipe, equipes e gestores) de modo a construir relações de confiança (CIHC, 2010), permitindo a interação de todos no processo do cuidado em saúde. Ela é a base para a segurança do paciente.

Dessa forma, para que a colaboração interprofissional ocorra e avance, é importante a existência de espaços propícios tanto na ordem organizacional dos serviços, como na ordem relacional das equipes de saúde. D'Amour et al. (2008), Morgan, Pulon e McKinlay (2015) e Agreli, Peduzzi e Bailey (2017) enfatizaram a necessidade de visualizar amplamente as características do trabalho das equipes para que, assim, a colaboração interprofissional seja de fato dimensionada. Consoante a isso, Peduzzi e Agreli (2018) destacaram a necessidade de reconhecer as dimensões do trabalho interprofissional e da prática colaborativa além de sua

abordagem direcionada para as características contextuais e condições de trabalho, sempre visualizando as necessidades dos usuários e da equipe.

Assim, lacunas e necessidades tornam-se emergentes para viabilizar o trabalho interprofissional na APS. Além dos aspectos já abordados, é preciso considerar que os serviços de saúde ainda vivenciam a cristalização de práticas uniprofissionais e o processo de trabalho em saúde continua marcado pela fragmentação. Ainda é importante destacar o contexto de crises política, econômica e sanitária brasileira, exacerbadas a partir do atual cenário pandêmico da Covid-19 no Brasil.

O sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), vem enfrentando ameaças, sobretudo quanto à ampla atuação da APS. Desde o final de 2016, com a aprovação da emenda constitucional n. 95 (PEC-95), e a instituição do programa de financiamento “Previne Brasil” em 2019, a produção de cuidado vem se aproximando do modelo biomédico e se distanciando da perspectiva da saúde integral e universal (ANDERSON, 2019; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Ainda, quando se analisa as Políticas de Atenção Básica (PNABs) de 2011 e 2017, observam-se mudanças

que direcionam a APS a uma política de desconstrução do SUS voltada aos interesses neoliberais e de mercado. A possibilidade da existência de equipes multiprofissionais com ou sem a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as diversas formas de composição das equipes, a partir dos critérios de avaliação de necessidade realizada pela gestão local, trazem consequências para o processo de trabalho na APS, tendo em vista que se torna necessária a sua reorganização para seguir os distintos padrões de serviço (ANDERSON, 2019). Essas alterações podem significar o fortalecimento da presença da prática biomédica, voltada prioritariamente às doenças e ao controle de riscos individuais (MOROSONI; FONSECA; LIMA, 2018), dificultando, conseqüentemente, o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa.

Todo esse contexto político e econômico tem prejudicado a lógica territorial dos serviços de saúde, e trazido comprometimentos para a organização do processo de trabalho da APS a partir das necessidades dos usuários e suas famílias e comunidade. Esse cenário evidencia que dificuldades já estavam se apresentando para o desenvolvimento do trabalho em equipe, pois, como situado anteriormente, a visualização das reais

necessidades do território é uma prerrogativa para o trabalho coletivo em saúde.

Somado a isso, a pandemia de Covid-19 exacerbou o modelo biomédico, marcado pela prática fragmentada em saúde. Ao longo da pandemia, o processo de trabalho reorganizou-se de modo divergente ao que é proposto no modelo de vigilância à saúde quanto à contemplação dos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais, individuais e coletivos, que atuam no processo saúde-doença (SANTANA; MEDEIROS; MONKEN, 2022). Visualizaram-se, durante esse momento, impactos negativos na continuidade de ações coletivas de promoção e educação em saúde (PEREIRA et al., 2021). Isso pode significar uma crescente desintegração das ações interprofissionais e intersetoriais. Assim, é importante trazer o questionamento, sobretudo para as pesquisas no âmbito do trabalho em saúde, a respeito de como essas mudanças vão se configurar no pós-pandemia - considerando o momento de crise política e econômica vivenciado - e quais ações estratégicas podem ser executadas para reverter esse cenário.

Com isso, torna-se ímpar o compromisso de preparar os trabalhadores da saúde para a colaboração

interprofissional. Nesse sentido, uma das prioridades nas discussões sobre os avanços desse trabalho em saúde é a Educação Permanente em Saúde (EPS). No Brasil, a EPS já se configura como uma ação estratégica formalizada desde 2004, com a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essa política subsidia ações dentro dos serviços, buscando a consolidação de mudanças efetivas no processo de trabalho a partir do olhar crítico e problematizador diante das realidades do trabalho (GONÇALVES et al., 2019). É importante considerar que essas ações são planejadas e executadas em um contexto de formação e atuação profissional ainda fragmentada. Então, evidencia-se a necessidade de esforços conjuntos das instituições de ensino superior (docentes, discentes e pesquisadores) e da gestão para construir junto dos profissionais dos serviços de saúde estratégias para o alcance da reorientação da prática do cuidado em saúde com vistas à colaboração interprofissional.

O reconhecimento das realidades específicas dos municípios brasileiros é imprescindível. Sabe-se que existem inúmeros desafios de dimensão micro, meso e macro para o desenvolvimento da colaboração

interprofissional. A dimensão macro relaciona-se com a formulação de políticas públicas de saúde e de educação visando apoiar as mudanças na atenção e gestão da saúde e de pessoas. A dimensão meso diz respeito a questões de liderança visando subsidiar uma estrutura e logística que favoreça a interprofissionalidade. Já a micro refere-se a relações interpessoais no interior das equipes, assim como, na relação entre trabalhador e estudante, visando à integração ensino-serviço com base na elaboração de uma agenda comum entre serviço e o ensino (OANDASAN; REEVES, 2005). Porém, essas configurações vão se apresentar de maneira distinta de acordo com cada realidade local, trazendo a necessidade de estimular a realização de estudos que contemplem esses objetivos. Enfatiza-se que os programas de pós-graduação possuem papel fundamental nesse processo, incentivando a investigação e o compartilhamento com a gestão e o serviço de saúde das informações que traduzam o atual cenário da organização do trabalho em saúde na APS de acordo com as especificidades existentes em cada região do Brasil.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da configuração do trabalho interprofissional nos serviços de saúde sob a ótica do contexto político e econômico brasileiro evidencia a relevância dessa temática para a melhoria do trabalho em saúde com reflexos positivos na qualidade da produção do cuidado. Compreende-se que os desafios para o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa atravessam os modos como a sociedade é concebida, aprofundando a complexidade das adversidades observadas.

Neste momento, é possível observar esforços, advindos principalmente das instituições de ensino superior, para superar o modelo biomédico no sistema de saúde. A realização de estudos que buscam reconhecer o processo de trabalho em saúde nos distintos cenários do Brasil representa avanços no que tange a identificação da prática interprofissional, seus desafios e suas potencialidades. Para pautas futuras, é importante a reflexão sobre como as experiências da prática interprofissional colaborativa descritas nas pesquisas nacionais e internacionais estão refletindo na construção de iniciativas estratégicas nos serviços de saúde

brasileiros, de modo a alcançar mudanças efetivas na prática de saúde.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. **Journal of interprofessional care**, v. 31, n. 6, p. 679-684, 2017.

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**. v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2180-2180, 2019.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A National Interprofessional Competence Framework**. Vancouver: CHIC; 2010.

COSTA, M. V. et al. Educação interprofissional no Brasil: desafios e agenda para o futuro. In: DIAS, M. S. A.; VASCONCELOS, M. I. O. (org.).

Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária a saúde. Sobral: Edições UVA, 2021. p. 35-57.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC health services research**, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2008.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FERNANDES, S. F. et al. Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20210207, 2021.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979).** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, T. Alienação do trabalho: despertencimento social e desrenraizamento em relação à natureza. **CADERNO CRH**, v. 24, n. spe 01, p. 171-191, 2011.

FREIRE FILHO, J. R. et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médico. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 26, p. 1-7, 2018.

FREIRE, J. C. G. et al. Trabalho em equipe, interprofissionalidade e colaboração em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. In: DIAS, M. S. A.; VASCONCELOS, M. I. O. (org.).

Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária a saúde. Sobral: Edições UVA, 2021. p. 126-161.

GONÇALVES, C. B. et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. v. 43, n. spe1, p. 12-23, 2019.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: AYRES, J. R.; SANTOS L. (org.). **Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo-Porto Alegre: REDE UNIDA, 2017. p. 298-374.

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **International journal of nursing studies**, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da

política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOTTA, L. B.; PACHECO, L. C. Integrating medical and health multiprofessional residency programs: the experience in building an interprofessional curriculum for health professionals in Brazil. **Educ health**, v. 27, n. 1, p. 83, 2014.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, p. 39–48, 2005. Supl. 1.

OGATA, M. N. et al. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 55, e03733, 2021.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface (Botucatu)**. v. 22, p. 1525-1534, 2018. Supl. 2.

PEREIRA, A. A. C. et al. Reorganização do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19: relato de experiência. **Journal of Management & Primary Health Care**. v. 13, p. e024-e024, 2021.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1535-1547, 2018.

RIBEIRO, A. A. et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Esc Anna Nery**, v. 26, e20210141, 2022.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

SANTANA, M. M.; MEDEIROS, K. R.; MONKEN, M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 20, p. e00154167, 2022.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

DESAFIOS NO ACESSO DE IDOSOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ÁREA RURAL NO BRASIL

João Paulo Lopes da Silva

Maria do Socorro Trindade Moraes

1. INTRODUÇÃO

A pessoa é considerada idosa de acordo com o nível socioeconômico de cada nação. No Brasil, é visto como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais, conforme descreve o Estatuto do Idoso, Lei 10. 741, de outubro de 2003, que visa a garantia dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2013).

Destaca-se que o aumento da expectativa de vida tem promovido importantes mudanças no perfil epidemiológico e demográfico ocorrido nas últimas décadas, alterando a estrutura etária da população brasileira. Estima-se que, em 2050, o Brasil terá a sexta população de idosos do mundo, que corresponderá a um percentual de 16% de idosos no país (GARBACHIO;

TONACO; ESTÊVÃO; BARCELOS, 2018; PINTO *et al.*, 2016).

O envelhecimento populacional é um processo individual, contínuo e permanente, ocorrendo com mudanças expressivas e influências intrínsecas e extrínsecas representadas por aspectos individuais da trajetória de vida, do coletivo, do acesso à educação, à saúde e aos cuidados gerais (GARBACHIO; TONACO; ESTÊVÃO; BARCELOS, 2018).

O processo de envelhecimento não ocorre de forma homogênea para todas as pessoas. A realidade socioeconômica e cultural bem como o lugar e o meio em que cada um envelhece acarretam diferentes modos de ser e viver nessa fase da vida, colocando desafios e diferentes demandas sociais e de saúde a partir dessa faixa etária (VALER; BIERHALS; AIRES; PASKULIN, 2015).

Em decorrência desse aumento no número de idosos, foi necessária a implementação de mudanças para atender a esse novo perfil da população brasileira. De acordo com dados do IBGE (2018), entre 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambos com

18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população.

O bônus da longevidade, no entanto, não se produz sem seu anverso. Os anos adicionais, para muitas pessoas, são marcados pelo desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, que envolvem os sistemas essenciais do organismo, a exemplo da demência, da doença de Parkinson, da insuficiência cardíaca, da doença renal crônica, entre outras que causarão fortes impactos nos gastos com saúde, tornando-os cada vez maiores, ao longo do tempo. Nesse sentido, o aumento da população idosa traz desafios, como a implementação de políticas públicas que abarquem as multifacetadas dimensões do processo de envelhecimento. No entanto, constata-se que o envelhecimento da população não tem lugar de destaque na agenda política nacional, evidenciando uma cultura de preconceito etário (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

Ressalta-se que o processo de envelhecimento tem ocorrido de forma distinta, nos meios rural e urbano. Contrariamente ao que ocorre no cenário nacional, no meio rural, o número de idosos reduziu em relação ao meio urbano, decorrente do fluxo migratório ocorrido desde a

“Revolução Verde”, entre 1960-1970, em que houve o processo de modernização da agricultura no país. Essa migração teve diversas influências, desde questões socioeconômicas até questões sociais e de saúde (CAMPOS *et al.*, 2020; COSTA; LEITE; DANTAS, 2019).

O meio rural brasileiro se configura a partir de uma variedade de processos sociais, culturais e produtivos que imprimem modos específicos de relação de sua população com a terra, com a natureza e com o espaço urbano (COSTA; LEITE; DANTAS, 2019). As demandas do processo de envelhecimento no meio rural são caracterizadas por um conjunto de demandas específicas, as quais requerem uma atenção especial por parte de diferentes setores, sobretudo, da saúde, por essa questão interferir diretamente na qualidade de vida (WINCKLER; BOUFLEUER; FERRETTI; SÁ, 2016).

Garbaccio, Tonaco, Estêvão e Barcelos (2018) afirmam que o processo de envelhecer da população rural é caracterizado por restrição do acesso ao transporte, pela distância dos recursos sociais e de saúde, por más condições das estradas, de renda e do próprio hábito dos idosos em buscar assistência curativa/terapêutica e não preventiva.

Por apresentar maiores necessidades, esse grupo tende a usar mais os serviços de saúde, e as dificuldades no acesso ao atendimento adequado podem trazer agravos. Estudos que comparam a utilização dos serviços de atenção primária quanto à localização mostram menos uso e/ou pior qualidade na área rural em comparação à urbana (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018; SHIMIZU; TRINDADE; MESQUITA; RAMOS, 2018; PEDRAZA; NOBRE; ALBUQUERQUE; MENEZES, 2018).

Embora a temática de envelhecimento rural constitua um objeto de estudos com uma vasta produção na literatura especializada, os estudos voltados à compreensão desse fenômeno, no meio rural, ainda são escassos. A priori, esse tema é afastado dos olhares de pesquisadores e da sociedade, por ser considerado uma realidade particular, de pouca importância, haja vista que a população idosa rural no Brasil foi estimada em apenas 15,7%, contra os 84,3% da zona urbana (GARBACHIO; TONACO; ESTÊVÃO; BARCELOS, 2018; SHIMIZU; TRINDADE; MESQUITA; RAMOS, 2018; WINCKLER; BOUFLEUER; FERRETTI; SÁ, 2016)

As condições de saúde da população da zona rural são mais precárias que as da zona urbana. Pesquisas

apontam que comumente a zona urbana tem mais acesso a outros tipos de serviços de saúde, além da Atenção Primária à Saúde (APS). Portanto, garantir o acesso igualitário e com qualidade a toda a população brasileira continua sendo um desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) (SHIMIZU; TRINDADE; MESQUITA; RAMOS, 2018; SANTOS *et al.*, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como principal alternativa de reorganização do modelo assistencial e como porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, desempenhando um papel fundamental no processo de cuidado à população idosa. Conhecer as especificidades dessa faixa etária, da sua localidade e planejar as ações considerando o ambiente onde o idoso está inserido, sua família e sua rede de suporte social é fundamental para garantir a integralidade e a longitudinalidade do cuidado (SANTOS *et al.*, 2017)

Apesar da expansão das unidades da ESF na área rural, a dispersão populacional e a vasta área territorial têm sido agravantes à cobertura da Estratégia, insuficientes para uma APS resolutiva. Além disso, somam-se outros fatores que dificultam o avanço da ESF nas zonas rurais de municípios de pequeno e médio porte,

como as desigualdades regionais, a escassez de recursos, de profissionais qualificados, com destaque para a falta de médicos que queiram trabalhar no campo (ALCÂNTARA; DUARTE; FROTA, 2015; SOUZA, 2019).

Considera-se que a população idosa demanda cuidados de saúde específicos, diferentes daqueles que o resto da sociedade necessita, especialmente, os que residem em área rural. Dessa forma, faz-se necessário repensar as políticas públicas e os serviços de saúde direcionados a essa população. Nesse contexto, este estudo tem por objetivo identificar na literatura as barreiras que interferem o acesso de idosos residentes em área rural à assistência, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, no Brasil.

2. DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, construída de acordo com as etapas recomendadas por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Buscou-se responder o seguinte questionamento: Quais barreiras descritas na literatura interferem no acesso à assistência na Atenção

Primária à Saúde de idosos residentes em área rural no Brasil?

Utilizou-se a estratégia PICO na elaboração da pergunta norteadora. Em que P indica a ‘população’ (idosos); I refere-se ao assunto de interesse da pesquisa (Barreiras no acesso à saúde na APS); Co indica o contexto (saúde rural).

A busca dos artigos foi realizada nas bases eletrônicas de dados: *US National Library of Medicine and the National Institutes Health* (PUBMED), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), SCOPUS e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO, utilizando os descritores em inglês: “Health Services Accessibility”; “Aged”; “Rural Health”; “Primary Health Care”. Para melhor definir as estratégias de buscas, utilizou-se o operador booleano “AND”.

Foram inclusos neste estudo artigos completos que tratassem sobre a acessibilidade de idosos à UBS, residentes em área rural, no Brasil; ou estudos sobre barreiras que impossibilitam essa acessibilidade; disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, no período de 2012 a julho de 2022. Optou-se por esse período de referência, para evidenciar o que tem

se produzido nos últimos 10 anos sobre o tema. Excluíram-se publicações de anais de congressos, resumos, cartas ao editor, estudos de revisão de literatura e artigos duplicados.

Após a identificação, realizou-se a seleção dos estudos primários, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão previamente definidos. Todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram inicialmente avaliados através da análise dos títulos e resumos.

A busca inicial nas quatro bases de dados identificou 893 artigos: 669 capturados pelo MEDLINE, 18 pela LILACS, 182 pela SCOPUS e 24 pela SciELO. Após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, 72 artigos foram selecionados. Dois revisores independentes fizeram a triagem dos artigos pela leitura dos títulos e resumos para identificar aqueles relevantes, sendo excluídos 47 artigos duplicados. Apenas 25 artigos foram selecionados com base nos critérios de elegibilidade e passaram por leitura minuciosa e analítica, sendo excluídos aqueles artigos que não contemplavam a temática. Para avaliar a qualidade metodológica dos artigos incluídos, foi utilizado

o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*.

Após essa etapa, a amostra final foi composta por 10 artigos que passaram por leitura analítica. Também foi realizada a extração de dados, a partir de um formulário estruturado com os seguintes itens: autor, ano, título, periódico, métodos e região de pesquisa. Os dados extraídos foram analisados e construídos a partir das evidências encontradas na síntese final do estudo.

Para uma melhor ilustração dos resultados, apresentar-se-á a seguir, no Quadro 1, a caracterização dos estudos capturados.

Quadro 1- Síntese dos estudos primários inclusos na revisão integrativa (n=10).

Autor/Ano	Título	Periódico	Métodos	Região de pesquisa
PETERS <i>et al.</i> , (2021)	Processo saúde-doença cuidado do idoso residente em área rural: perspectiva de um cuidado culturalmente congruente	Texto Contexto Enferm.	Estudo qualitativo	Sul
SCHROEDER; MENDOZA-SASSI;	Condição de saúde bucal e utilização de serviços	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo Transversal quantitativo	Sul

MEUCCI (2020)	odontológicos entre idosos, em área rural, no sul do Brasil			
FERREIRA; MOREIRA; PALUDO; MEUCCI (2020)	Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural, no Sul do Brasil	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal, quantitativo	Sul
HERKRATH; VETTORE; WERNECK (2020)	Utilização de serviços odontológicos por adultos brasileiros em áreas rurais e urbanas: uma análise de equações estruturais multigrupo usando o modelo comportamental de Andersen	BMC Public Health	Estudo transversal, quantitativo	Nordeste, Norte, Sudeste, Centro-oeste, Sul
COSTA; LEÃO; CAMPOS (2020)	Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal	Revista Kairós-Gerontologia	Estudo transversal, quantitativo	Norte
GARNELO; LIMA; ROCHA; HERKRATH (2018)	Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na Região Norte do Brasil	Saúde Debate	Estudo transversal, quantitativo	Norte

GARBACCIO; TONACO; ESTÊVÃO; BARCELOS (2018)	Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural	Revista Bras. Enfermagem	Estudo transversal, quantitativo	Sudeste
BÓS <i>et al.</i> (2018)	Diferenças nos perfis socioeconômicos e de saúde de idosos em ambientes rurais e urbanos: pesquisa nacional de saúde de 2013	Geriatr Gerontol Aging	Estudo transversal, quantitativo	Nordeste, Norte, Sudeste, Centro-oeste, Sul
PAGLIUCA <i>et al.</i> , (2017)	Acesso de idosos às unidades de Atenção Primária à Saúde	Revista Mineira de Enfermagem	Estudo transversal, quantitativo	Nordeste
ARAÚJO <i>et al.</i> , (2014)	Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo Transversal, quantitativo	Nordeste

Fonte: Quadro construído a partir da revisão realizada pelos autores, 2022.

Dentro dos artigos selecionados, três eram da Região Sul, dois da Região Norte, dois da Região Nordeste, um da Região Sul, e dois contemplavam as cinco regiões brasileiras. A região Centro-Oeste não foi citada diretamente nos textos. Destaca-se que, durante a pesquisa, os dois artigos que tratam das cinco regiões brasileiras realizam abordagem geral sobre a análise de

saúde, não apontando diretamente as regiões. Trata-se de dados extraídos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), analisados pelos referidos autores, considerando áreas urbanas e rurais. Esses estudos foram inclusos por apresentarem relevância em suas abordagens, o que contribuiu para o delineamento desta pesquisa.

Quanto ao ano de publicação, evidenciou-se que em 2020 houve uma prevalência de publicações sobre a temática. Referente ao periódico de publicação, houve prevalência nas revistas da grande área de saúde coletiva/pública, com cinco publicações, seguida de três na área de enfermagem e duas na área de gerontologia. Destaca-se que oito periódicos são de origem brasileira e dois, internacionais.

No tocante ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, foi identificada prevalência dos estudos transversais, com abordagem quantitativa, correspondente a nove publicações. Apenas um artigo realizou abordagem qualitativa. O delineamento de um estudo é muito importante para definir a qualidade da pesquisa e traçar boas evidências, orientando sobre as melhores condutas em saúde.

Os artigos selecionados apontaram algumas barreiras no acesso de idosos em área rural aos serviços de saúde. Entre os principais achados, destacam-se a distância geográfica entre a residência e a UBS, a falta de transporte, a questão socioeconômica e de escolaridade. Outro fator prevalente foram os relatos sobre a dificuldade de acesso para os serviços e ações de saúde bucal que, para essa população, era incipiente. O Quadro 2 aborda as sínteses de cada estudo, evidenciando as barreiras encontradas e sendo discutidas posteriormente.

Quadro 2 – Síntese da literatura sobre as principais barreiras em área rural de acesso de idosos na APS.

Autores	Principais achados na literatura
PETERS <i>et al.</i>	Barreiras relacionadas à falta de cuidado com foco na diversidade e à universalidade cultural das áreas rurais de diversas Regiões do Brasil, com respeito aos modos de vida, subjetividades, crenças e valores produzidos longo do tempo.
SCHROEDER; MENDOZA-SASSI; MEUCCI	Dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal devido ao baixo nível econômico e de escolaridade, além da precariedade do serviço.
FERREIRA MOREIRA; PALUDO; MEUCCI	Entre as barreiras apontadas pelos idosos para acessibilidade aos serviços, foram referidas a questão geográfica relacionada à distância entre a unidade e sua residência, dificuldades para locomoção e a falta de

	insumos e equipamentos para resolver determinados problemas.
HERKRATH; VETTORE; WERNECK	O estudo apontou a questão socioeconômica como uma barreira para o acesso da população idosa ao serviço de saúde bucal, assim como a falta de conhecimento e de atividades da unidade, relacionada a prevenção.
COSTA; LEÃO; CAMPOS	Entre as barreiras apontadas no estudo, destacaram-se a escolaridade, questões geográficas relacionadas ao difícil acesso às unidades por residirem em locais de difícil acesso no Amazonas, que possui uma escassez de ações e de políticas públicas voltadas à população de idosos rurais.
GARNELO; LIMA; ROCHA; HERKRATH	O estudo foi feito na Região Norte e apontou dificuldades no acolhimento à demanda espontânea, no agendamento de consulta e na disponibilidade de transporte para o atendimento. Foi evidenciado também dificuldade para acesso às ações de saúde bucal.
GARBACCIO; TONACO; ESTÊVÃO; BARCELOS	Dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos idosos devido a questões de distância geográfica e de falta de transporte.
BÓS <i>et al.</i>	O estudo trouxe um olhar para as questões sociodemográficas e econômicas que dificultam o acesso aos serviços de saúde pela população idosa rural.
PAGLIUCA <i>et al.</i>	O estudo aponta algumas barreiras relacionadas à distância geográfica da residência até unidade e à falta de transporte. Outro item apontado foi as barreiras arquitetônicas das unidades.
ARAÚJO <i>et al.</i>	O estudo mostrou dificuldades de acesso relacionado ao horário de atendimento, à

	falta de ações de promoção de saúde e à deficiência na longitudinalidade do cuidado.
--	--

Fonte: Dados coletados na literatura pelos autores, 2022.

Conforme abordado na literatura, a Estratégia de Saúde da Família é o serviço de saúde presente em todos os territórios rurais brasileiros, a qual oferta serviços básicos de saúde. A realidade desse modelo de atenção em territórios rurais exige a necessidade de visualização das singularidades no seu modo de vida, produção e reprodução social e cultural, nas suas diversas dimensões do cuidar, a partir do contexto social de vulnerabilidade dessa população (TARGA, 2019).

De acordo com Costa *et al.* (2019), ao adentrar nos territórios rurais, a Equipe de Saúde da Família (EqSF) precisa levar em consideração as particularidades e singularidades locais, visualizando suas reais necessidades de saúde, mediante um processo de territorialização com participação popular, a fim de organizar as ações de saúde.

A expansão da APS no Brasil ainda registra forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, equipamentos e profissionais, especialmente, no contexto rural, cuja oferta dos serviços é reduzida, isto é, muitas

vezes, não é capaz de suprir as demandas da população adstrita MAGALHÃES *et al.*, 2022).

Arruda, Maia e Alves (2018) afirmam que os desafios de acesso ao serviço de saúde tendem a ser maiores para idosos, em razão da complexidade das demandas apresentadas por esse grupo etário. O fato de residirem em áreas rurais tornam as vulnerabilidades dos idosos naturalmente acentuadas, uma vez que existem características diferenciadas dos idosos da zona urbana relacionadas a diversos fatores.

Os estudos selecionados apresentam características similares quanto às análises de fatores socioeconômicos. A maioria dos idosos residentes em área rural possuem baixo nível de escolaridade, menor renda, que é concentrada na aposentadoria, o que não permite que a maioria tenha planos de saúde. É preciso também apontar a falta de saneamento básico, que contribui para essa precariedade (FERREIRA; MOREIRA; PALUDO; MEUCCI, 2020; HERKRATH; VETTORE; WERNECK, 2020; GARNELO; LIMA; ROCHA; HERKRATH, 2028; BÓS *et al.*, 2028).

Para Costa, Leão e Campos (2020), a baixa escolaridade nos territórios brasileiros está relacionada ao

fato de a educação não ser vista como prioridade. Por décadas, a questão cultural sempre foi o trabalho na agricultura. A tradição do trabalho na roça era ensinada desde criança, pois, para manterem sua subsistência econômica e alimentar, seria necessário desde cedo investir no trabalho no plantio, na colheita, na pescaria e na caça. Assim, esse cenário contribuiu para que a escolarização fosse deixada de lado; além disso, havia naquela época dificuldade de deslocamento para frequentar escolas na zona urbana, que geralmente ficavam bem distante da zona rural, contribuindo para a prevalência de analfabetos ou não-lettrados (SCHROEDER; MENDOZA-SASSI; MEUCCI, 2020; REMPEL; HAETINGER; SEHNEM, 2013).

Achados recentes na literatura, publicados por Peters *et al.* (2021) e Garbaccio, Tonaco, Estêvão, Barcelos (2018), relacionam o nível educacional de idosos em área rural à baixa procura pelo atendimento na atenção básica, e, quando essa busca acontece, está diretamente associada a aspectos relativos ao tratamento de alguma patologia e não à prevenção. Outro aspecto importante está no acesso às UBS, tendo diversas nuances envolvidas, como

barreiras geográficas, arquitetônicas e de ações e serviços de saúde.

Estudo realizado por Pagliuca *et al.* (2017) em 16 municípios do Ceará, , sobre o acesso de idosos às unidades de APS urbana e rural evidenciou que as unidades de saúde avaliadas apresentaram condições insatisfatórias de acesso, demonstrando que os serviços da APS não têm funcionado adequadamente como porta de entrada para idosos com barreiras no percurso casa-unidade de saúde, tanto na zona urbana quanto na rural. Destaca-se que, embora a acessibilidade arquitetônica seja obrigatória e estejam em vigor regulamentos que a normatizam, a acessibilidade aos espaços em geral ainda é muito limitada.

Outro desafio diz respeito à qualificação dos atendimentos clínicos, uma vez que exigem reciclagens e adequações, já que lidam com processos desiguais de envelhecimento que resultam em uma população heterogênea. Soma-se a isso o desafio da garantia do acesso prioritário ao cuidado na atenção básica; a disponibilidade de cuidadores preparados para auxiliar em seu cuidado; a conscientização e o combate à violência contra a pessoa idosa e a falta de acesso aos serviços.

Ademais, é urgente aparelhar a sociedade com políticas de financiamento direcionadas à pessoa idosa, reduzindo sobrecarga social de um envelhecimento sem qualidade de vida e oferecer uma solução adequada à realidade denunciada (MAGALHÃES *et al.*, 2022; ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

De acordo com Shimizu, Trindade, Mesquita e Ramos (2018) e Santos *et al.* (2017), embora tenha ocorrido uma expansão na ESF, a área rural continua apresentando dificuldades para execução de uma APS resolutiva, tendo em vista que fatores como a vasta área territorial, a dispersão populacional e a acessibilidade desses usuários aos serviços têm sido apontados como as principais barreiras para o acesso a uma assistência de qualidade.

A pesquisa realizada por Araújo *et al.* (2014), no município de Macaíba-RN, em 2012, sobre a qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do idoso mostrou o atendimento recebido na atenção primária como sendo apenas mediano, havendo uma grande margem para sua melhoria, já que os valores dos escores Geral (5,7) e Essencial (6,0) obtidos estão distantes da nota máxima possível (10,0). O estudo traz como principal barreira para

a acessibilidade elencada pelos idosos o horário de funcionamento da UBS, que, se organizado conforme a realidade local, poderia repercutir em uma resolutividade maior e evitar colapso desnecessário de estabelecimentos de níveis de maior densidade tecnológica de assistência.

Corroborando Wammes e Roesler (2015) em seu estudo realizado sobre o acesso aos serviços de saúde pela população rural do município de Toledo-PR, verificou-se que várias famílias apontaram como dificuldade a questão da distância e do transporte coletivo e apresentaram queixas em relação aos horários e à frequência do transporte durante a semana, para acessarem as UBS.

Estudo feito por Arruda, Maia e Alves (2018) utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) analisou dados do acesso da população à saúde em área rural, entre os anos de 1998 a 2008 e verificou que a procura pelo serviço de saúde em área rural é menor, especialmente, nos aspectos preventivos. Constatou-se que a população idosa tinha um índice de procura mais elevado em relação à população jovem; o principal motivo para essa busca era a queixa dos idosos de sentirem dores na coluna, o que ocorria devido à falta

de ações das equipes da ESF para identificar essas doenças crônicas.

Pesquisa realizada com 1.030 idosos na zona rural no Rio Grande do Sul, em 2017, sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde, mostrou que, para a escolha do local de atendimentos, os idosos consideravam fatores como: distância entre sua casa e a unidade; resolutividade, no sentido de atender ao que ele necessitava; facilidade e rapidez na obtenção do atendimento; e confiança no tratamento/profissional. A maior busca por atendimento ocorreu para tratar doenças crônicas (FERREIRA; MOREIRA; PALUDO; MEUCCI, 2020).

As questões de distância e de deslocamento dos usuários de suas residências até a UBS têm sido discutidas por Garbaccio, Tonaco, Estêvão e Barcelo (2018) e Pedraza, Nobre, Albuquerque e Menezes (2018), os quais demonstraram, em seus estudos, que quanto maior a distância menor a utilização dos serviços de saúde. Outro fator relacionado a isso é a resolução do problema de saúde. De acordo com Garnelo, Lima, Rocha, Herkrath (2018), maior parte dos moradores de áreas rurais estão dispostos a percorrerem maiores distâncias quando julgarem que não receberiam o atendimento mais adequado

às suas necessidades perto de casa, mesmo que o deslocamento signifique maiores custos e maior desgaste físico e emocional, especialmente, quando se refere a pacientes idosos.

Frente a essas dificuldades de barreiras geográficas, Garnelo, Lima, Rocha e Herkrath (2018), em seu estudo transversal realizado a partir dos dados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), nos setes estados da Região Norte do País, avaliaram o acesso de usuários e a cobertura assistencial de Equipes da ESF na região rural e remota, constatando-se que os usuários de origem rural enfrentam importantes problemas de acesso e de não atendimento de necessidades, no que diz respeito ao horário de funcionamento da unidade, ao tempo de espera e à oferta de visitas domiciliares. Tal queixa ganha contornos concretos ao lembrar que um terço das equipes de saúde informa não dispor de transporte para a realização de suas atividades, permitindo entender a restrição da oferta de visitas domiciliares.

Os referidos autores ainda enfatizam que as investigações sobre acessibilidade aos serviços de saúde em áreas rurais da Amazônia legal são escassas. Maior

parte dos usuários da área rural são assistidos por equipes urbanas, as quais enfrentam as barreiras de ônus físico e financeiro para realizar a locomoção até a população, comprometendo a qualidade da atenção e da assistência na APS. Tal realidade também se materializa no Nordeste brasileiro (GARNELO; LIMA; ROCHA; HERKRATH, 2018).

É importante destacar que, embora a legislação brasileira traga a Política Nacional do Idoso e o Estatuto da Pessoa Idosa como norteadores do cuidado a essa população, a prática ainda se mostra bastante insatisfatória, expressando, talvez, que os benefícios estimulados pelas políticas não estejam chegando aos indivíduos, uma vez que a própria “ampliação da Estratégia Saúde da Família revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social”, explicitando, assim, a necessidade de uma maior atenção a esse grupo (FERREIRA; MOREIRA; PALUDO, MEUCCI, 2020; BRASIL, 2013).

Em se tratando de população idosa rural, é importante reconhecer as fragilidades do acesso e da assistência, considerando sua diversidade e as várias diferenças regionais e geográficas. É fato que as

iniquidades em saúde percebidas na área rural, quando comparadas a áreas urbanas, mostra a precariedade do acesso aos serviços de saúde (GARBACCIO; TONACO; ESTÊVÃO; BARCELOS, 2018).

Dentro do contexto das vulnerabilidades acerca da saúde do idoso, Schroeder, Mendoza-Sassi, Meucci (2020) avaliaram a saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos por idosos no Rio Grande do Sul, residentes em área rural. Foram entrevistados 1.131 idosos na área rural do município de Rio Grande, no qual houve uma prevalência da não utilização de serviços odontológicos por idosos (86,1%), nos 12 meses anteriores à entrevista. Uma parcela de 6,6% dos idosos referiu nunca ter consultado um dentista. Observou-se que essa prevalência se deu em idosos sem escolaridade e com baixa renda. Esse estudo apontou que as condições de saúde bucal dos idosos brasileiros residentes em zona rural são precários.

Corroborando essa ideia, Herkrath, Vettore e Werneck (2020) escrevem que a taxa de atendimento odontológico por pessoas que vivem em áreas rurais é menor e que eles são mais propensos a adiar consultas odontológicas, devido a restrições financeiras. Além disso, a procura por atendimento ocorre apenas em caso de

emergência, seja para uma extração dentária seja para aliviar a dor, o que demonstra que a assistência odontológica em áreas rurais no Brasil está voltada mais para o tratamento do que para a prevenção, necessitando de ações de promoção de saúde que mudem essa visão. Também ainda se tem a crença de que a procura por serviço odontológico regular por idosos é necessária apenas para aqueles com dentes naturais.

Nesse contexto, Peters *et al.* (2021) pesquisaram sobre o processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural na Região Sul do país e desvelaram a fragilidade do cuidar da equipe da ESF com relação aos idosos de área rural, apontando que os profissionais necessitam reconhecer melhor a área de atuação e a população nela inserida, considerando seu processo de produção e reprodução social e cultural.

Segundo Winckler, Boufleuer, Ferretti, Sá (2016), para a construção de uma vida digna dos idosos residentes em área rural, é fundamental que as ações de saúde estejam dentro da sua realidade e voltadas a suas fragilidades e ao reconhecimento de suas potencialidades, bem como ao desenvolvimento da capacidade de (re)formularem suas possibilidades de vida frente ao

processo saúde-doença-cuidado na qualidade de sujeitos críticos e reflexivos que são.

Reconhecendo essas fragilidades e iniquidades, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que objetiva garantir o acesso aos serviços de saúde nos seus diferentes níveis, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população; também visa contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde dessas populações, através de ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Embora ao longo das últimas duas décadas tenha ocorrido uma melhora significativa na distribuição de renda e redução da pobreza no Brasil, ainda as discrepâncias sociais e a distribuição de serviços entre as regiões do país são significativas, especialmente, nos territórios rurais, mesmo com a implementação de algumas políticas públicas, como por exemplo PNSIPCF (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Expandir e consolidar a Atenção Primária à Saúde no meio rural deve ser uma das estratégias primordiais do

SUS, para garantir os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Construir o cuidado com base nas especificidades da população é uma forma de diminuir as barreiras no acesso aos serviços e de proporcionar qualidade na assistência, conseqüentemente, diminuindo as iniquidades em saúde.

3 CONCLUSÃO

Por meio dos resultados, foi possível destacar que os achados desta revisão mostraram que a população idosa tem dificuldade para acessar os serviços de saúde e que diversas barreiras estão envolvidas nessa problemática. Baixa escolaridade e menor renda são os fatores socioeconômicos mais apontados pelos estudos, os quais contribuem para as desigualdades no acesso. Destaca-se que os serviços de odontologia apresentaram uma maior desigualdade no acesso.

A análise dos estudos permitiu concluir que acesso precário à saúde decorre de barreira relacionada a longas distâncias, questões geográficas, falta de transporte, tanto para se chegar à unidade quanto para as equipes acessarem a população, via visita domiciliar. Estrutura

arquitetônica também foi apontado como fator influente, considerando que algumas limitações na infraestrutura das UBS podem impedir o idoso de acessar a unidade. Outra barreira importante refere-se à organização das ações ofertadas, que não consideram as particularidades da população adstrita e acabam por não serem resolutivas. Destaca-se que os anos adicionais, para muitas pessoas, são marcados pelo desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas que envolvem os sistemas essenciais do organismo, a exemplo da demência, da doença de Parkinson, da insuficiência cardíaca, da doença renal crônica, as quais causam fortes impactos nos gastos com saúde, tornando-os cada vez maiores ao longo do tempo.

Apesar de o envelhecimento constituir um objeto de estudos com uma vasta produção na literatura especializada, os estudos voltados ao aprofundamento dessa temática são ainda escassos, sobretudo, quando consideramos o ciclo de vida-cuidado da população idosa que reside na zona rural. Problematizamos que parte dos usuários da área rural são assistidos por equipes urbanas e que essas enfrentam as barreiras de ônus físico e financeiro para realizar a locomoção até a população,

comprometendo a qualidade da atenção e da assistência na APS, realidade muito presente no Nordeste brasileiro.

São necessários maiores estudos com aprofundamentos avaliativos e qualitativos sobre as necessidades e peculiaridades de saúde desse público, respeitando suas singularidades a partir do local em que estão inseridos, assim como pesquisas que considerem a organização da APS nas diversas particularidades geográficas e socioeconômicas das regiões do Brasil.

4 REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.
2. ALCÂNTARA, A. O.; DUARTE, A. G. A.; FROTA, M. H. P. Velhice e espaço rural: (re)desenhos dos discursos. **Rev. Kairós Gerontol**. v. 18, n. 2, p. 209-226, 2015.
3. ARAÚJO, L. U. A. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.
4. ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 6, 2018.

5. BÓS, A. J. G. *et al.* Diferenças nos perfis socioeconômicos e de saúde de idosos em ambientes rurais e urbanos: pesquisa nacional de saúde de 2013. **Geriatr. Gerontol. Aging**. v. 12, n. 3, p. 148-153, 2018.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3 ed. 2. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p.
7. CAMPOS, G. L. *et al.* A diferença na qualidade de vida entre idosos da zona urbana e rural: uma revisão integrativa da literatura. **REAS/EJCH**. v.59, 2020.
8. COSTA, J. V.; LEITE, J. F.; DANTAS, C. M. B. Pessoas idosas e sentidos de rural no interior do Rio Grande do Norte. **Rev. Polis e Psique**. v. 10, n.1, p. 164-186, 2019.
9. COSTA, R. S.; LEÃO L. F.; CAMPOS, H. L. M. Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. **Revista Kairós-Gerontologia**. v. 23, n. 1, p. 83-103, 2020.
10. FERREIRA, L. S.; MOREIRA, L. R.; PALUDO, S. S.; MEUCCI, R. D. Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 54: n. 149, 2020.
11. GARBACCIO, J. L.; TONACO, L. A. B.; ESTÊVÃO, W. G.; BARCELOS, B. J. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Rev. Bras. Enferm.** v. 71, sup. 2, p. 724-732, 2018.

12. GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**. v. 42, n. 1, p. 81-99, 2018
13. HERKRATH, F. J.; VETTORE, M. V.; WERNECK, G. L. Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model. **BMC Public Health**. v. 20, n. 953, 2020.
14. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. PNAD 2018.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=idosos&searchphrase=all>. Acesso em: 08 ago. 2022.
15. MAGALHÃES, D. L. *et al.* Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. **Research, Society and Development**. v. 11, n. 3, 2022.
16. MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto: Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
17. PAGLIUCA, L. M. F. *et al.* Acesso de idosos às unidades de Atenção Primária à Saúde. **REME – Rev Min. Enferm.** v. 21, 2017.
18. PEDRAZA, D. F.; NOBRE, A. M. D.; ALBUQUERQUE, F. J. B.; MENEZES, T. N. Acessibilidade às Unidades

Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Cienc Saude Coletiva**. v. 23, n. 3, p. 923-33, 2018.

19. PETERS, C. W. et al. Processo saúde-doença cuidado do idoso residente em área rural: perspectiva de um cuidado culturalmente congruente. **Texto Contexto Enferm**. v. 30, p. 1-15, 2021.

20. PINTO, H. P. *et al.* Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciênc. Saúde Colet**. v. 21, n.11, p. 3545-3555, 2016.

21. PITILIN, É. B.; LENTSCK, M. H. Primary Health Care from the perception of women living in a rural area. **Rev. Esc. Enferm USP**. v. 49, n. 5, p. 725-31, 2015.

22. REMPEL, C.; HAETINGER, C.; SEHNEM, E. Reflexões de idosos sobre relações entre o trabalho rural, problemas de coluna e postura corporal. **Estudos Sociedade e Agricultura**. v. 21, n. 2, p. 289-307, 2013.

22. SANTOS, L. M. P. *et al.* Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bull World Health Organ**. v. 95, n. 2, p. 103-112, 2017.

24. SCHROEDER, F. M. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; MEUCCI, R. D. Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 6, p. 2093-2102, 2020.

25. SHIMIZU, H. E.; TRINDADE, J. S.; MESQUITA, M. S.; RAMOS, M. C. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 52, 2018.
26. SOUZA, G. M. **Percepção sobre condições de vida, saúde e processo de envelhecimento dos idosos residentes em uma comunidade rural no município de Alcobaça-Bahia.** Dissertação. Mestrado em Saúde da Família. Universidade Federal do Sul da Bahia. Teixeira de Freitas-BA, 2019. p. 43.
27. TARGA, L. V. Área rural. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 431-442.
28. VALER, D. B.; BIERHALS, C. C. B. K.; AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 18, n. 4, p. 809-819, 2015.
29. WAMMES, L. T.; ROESLER, M. R. V. B. A garantia do acesso aos serviços e benefícios da política nacional de assistência social nas áreas rurais do município de Toledo-PR. **Sociedade em Debate.** v. 21, n. 2, p. 140-170, 2015.
30. WINCKLER, M.; BOUFLEUER, T. R.; FERRETTI, F.; SÁ, C. A. Idosos no meio rural: uma revisão integrativa. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.** v. 2, p.173-194, 2016.

O CUIDADO E A SEGURANÇA DO PACIENTE EM GUINÉ- BISSAU

Cadi Dabo

Franklin Delano Soares Forte

Abdel Boneensa Cá

Gabriel Rodrigues Martins de Freitas

Wellington Barros da Silva

Maria Socorro de Araújo Dias

Vera Lúcia de Azevedo Dantas

Maria do Socorro Trindade de Moraes

1. INTRODUÇÃO: CONTEXTO E LUGAR DE FALA

A África é sabidamente o continente mais próximo do Brasil. Identificam-se, entre eles a proximidade territorial, as semelhanças climáticas,

humanas e naturais, além da forte ligação histórica e cultural. Afrodescendentes constituem um terço da população brasileira, apesar disso ainda existe um grande desconhecimento da história e das relações entre o Brasil e os países do continente africano. O continente africano possui 54 países independentes, o que representa 27% dos membros das Nações Unidas (MEREDITH, 2020).

Elegeu-se, para este relato, a República da Guiné-Bissau como recorte territorial. A República da Guiné-Bissau pertence à Costa Ocidental da África, sua área geográfica é superior às dimensões dos estados de Alagoas e Sergipe, no Brasil. O país é limitado ao norte pela República do Senegal, ao sul e leste pela República da Guiné Conacri e ao oeste pelo Oceano Atlântico. Possui uma superfície total de 36.125 quilômetros quadrados de área, e, em 2016 a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca de 1.743.652 habitantes, com taxa de crescimento anual de 2,2%, caracterizada por uma população muito jovem em sua maioria. Além disso, a população é composta por grupos etnicamente diversos e tem muitas línguas, costumes e estruturas sociais diversificadas (D'ALVA, 2004).

Sabe-se que os grupos étnicos fulas e os povos de língua mandinga compõem a maior parte da população guineense e estão concentrados no norte e leste do país. Assim sendo, o país possui um patrimônio cultural bastante rico e diversificado etem a dança como uma verdadeira expressão cultural artística do povo guineense. O gingado do corpo, o sorriso disponível à vida, os tambores, os corpos bailando são expressões de sua cultura que os colonizadores não conseguiram extinguir. Sendo um país com grande diversidade cultural, cada grupo étnico apresenta danças e manifestações culturais singulares, que podem ser observadas durante as ocasiões ou os rituais, como a colheita agrícola, os casamentos, os funerais e as cerimônias de iniciação (FREIRE, 2014).

O presente trabalho tem sua gênese em uma pesquisa em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em nível de mestrado da Universidade Federal da Paraíba, na linha: Políticas, Cuidado e Gestão em Saúde. Faz parte das reflexões produzidas na dissertação de mestrado de uma das autoras, guineense, mulher e enfermeira que vivencia a africanidade e realiza pesquisas, acreditando em sua relevância, nos potenciais efeitos e nos desdobramentos

práticos na academia e na sociedade, de modo especial, para as mulheres e parturientes de Guiné-Bissau.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um relato de experiência alicerçado em Hollyday (2006). O texto foi estruturado em partes, de forma a valorizar o percurso feito, iniciando por contextualização e lugar de fala; itinerários da primeira autora entre a África e o Brasil; a República de Guiné-Bissau; a saúde guineense; o Hospital Nacional Simão Mendes – HNSM; e as dimensões relacionadas à Gestão da Segurança do Paciente.

3. ITINERÁRIOS ENTRE A ÁFRICA E O BRASIL

A primeira autora nasceu na cidade de Bissau, capital da Guiné-Bissau. Filha de pai técnico em Construção Civil e mãe doméstica e analfabeta. Apesar das condições sociais desfavoráveis, sempre estudou em colégios particulares. Tem como característica o dom de

cuidar das pessoas, fato que a fez optar pela formação em Enfermagem. Ingressou, em 2010, na Escola Nacional da Saúde (ENS), que é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde em Guiné-Bissau. Os cursos ministrados na ENS são de nível Médio, todavia faz-se necessária a realização do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), com duração de três a quatro anos. Além das aulas teóricas, são realizados estágios práticos em vários níveis de complexidade, com carga horária em torno de 5.000 horas. Após a conclusão do curso, o estudante é automaticamente contratado como servidor público para atuar na sua área de formação.

Uma questão importante, quando se pensa a saúde da mulher no continente africano, diz respeito à prática de Mutilação Genital Feminina (MGF), que acontece em vários países. Atualmente, existe um conjunto de organizações e projetos que trabalham na formação para a mudança de consciência quanto a essa prática. Aqui referendamos a ação do projeto social Djintis Nô Pintcha (DJINÔPI), que significa “vamos em frente”. O DJINÔPI é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, que trabalha com abordagem centrada nas práticas nefastas geradas pela comunidade local, assim como as

mudanças de mentalidades comunitária visando à conversão das fanatecas (excisadoras) em relacionamento com os direitos das crianças, envolvendo nessa temática a consciência de que a MGF é um problema de saúde pública e uma clara violação aos Direitos das Crianças e das Mulheres, impedindo o desenvolvimento global da sociedade. A autora trabalhou como formadora (Palestrante), durante dois anos, sobre as consequências da MGF para saúde da mulher.

Embora não haja dados confiáveis em relação à mutilação genital feminina no país, a UNICEF estima que há uma prevalência de aproximadamente 45% de mulheres entre 7 e 12 anos, o que corresponde a (39% na capital, 48% no campo). Assim, estima-se que praticamente 300.000 mulheres são afetadas, em todas as idades, pela mutilação genital feminina. Entretanto, são vistas várias formas de amputação do clitóris, e essas práticas são notadas, principalmente, em comunidades islâmicas, mas também por algumas pessoas dos grupos animistas (ALBUQUERQUE, 2009).

Em 2015, a Organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) chega à Guiné-Bissau com o objetivo de

contribuir na luta pela diminuição das altas taxas da mortalidade materno-infantil. Entretanto, dados de um estudo epidemiológico evidenciou a alta taxa de mortalidade materno-infantil. A organização MSF decidiu iniciar suas atividades pela região mais afetada, que é a região Leste do país, em Bafatá, principalmente, na pediatria do Hospital Regional (OMS, 2009). Vários profissionais de saúde foram recrutados para trabalhar na pediatria, setor em que a autora teve a oportunidade de atuar durante dois anos.

Chegando ao Brasil em 2017, a primeira autora decidiu realizar matrícula no curso de graduação em Enfermagem, em uma instituição privada, para obter diploma de nível superior. Com certificado do curso médio em Enfermagem, tentou fazer cadastro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN/CE), porém foi encaminhada para a Pró-reitora da Universidade Federal do Ceará (UFC) para validação do diploma. Após análise do currículo e o cálculo de horas do currículo, ficou estabelecido o acréscimo de 12 disciplinas, com o objetivo de certificá-la como graduada em Enfermagem. Com a conclusão dos créditos e com o diploma em mãos, resolveu submeter-se ao processo seletivo do mestrado em Saúde

Coletiva do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFPB), dando seguimento ao processo de formação *stricto sensu*. Com a aprovação, direcionou o enfoque da pesquisa para o âmbito da qualidade de segurança do paciente.

A escolha desse objeto de pesquisa tem como referência situações vivenciadas pela autora e compartilhada com docentes e pesquisadores, que dizem respeito à segurança do paciente, tais como o desenvolvimento de lesões por pressão severa (LPP) e a administração de medicação por via incorreta, gerando complicações graves e óbitos.

Outra questão relevante sobre a escolha desse objeto diz respeito ao fato de que, especialmente na formação em Enfermagem da Escola Nacional de Saúde de Guiné-Bissau de que tratamos neste Capítulo, os conteúdos relacionados ao campo de segurança do paciente são abordados nas formações de modo superficial, não gerando impacto no processo formativo nem na prática, tendo em vista que a cultura de segurança do paciente ainda é uma área muito pouco discutida nas instituições de saúde guineenses.

Apresentamos aqui uma breve análise sobre a saúde de Guiné-Bissau, com foco no cuidado ofertado no Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), fazendo interface com a segurança da paciente. Com o intuito de explicitar as características da população de Guiné-Bissau, apresentamos brevemente sua história e configuração sociocultural, bem como a infraestrutura do HNSM, procurando compreender criticamente limites e dificuldades no manejo do cuidado. Essas são questões bastante sensíveis, sobretudo, pelo fato de estarem interseccionadas ao campo político em um momento de instabilidade social e política na República de Guiné-Bissau.

4. A REPÚBLICA DE GUINÉ-BISSAU

A Guiné-Bissau é um país em via de desenvolvimento e com enormes problemas referentes à sua democracia, às questões socioeconômicas, políticas, sociais e pertence à lista dos países mais instáveis da costa ocidental da África. Assimesses fatores influenciam, de

forma direta, nos sucessivos golpes de Estado, greves nos sistemas educativos e de saúde.

A obrigatoriedade à educação se inicia a partir dos sete anos de idade, porém nota-se a predominância de matrículas das crianças do sexo masculino em relação às do sexo feminino. Além disso, o trabalho infantil é muito comum e de grande preocupação no país. Corroborando com estudo realizado por (CARVALHO FILHO; NASCIMENTO, 2020) no ano de 2011, os resultados evidenciaram que a taxa de alfabetização foi calculada em 55,3%, o que mostra que 68,9% são de sexo masculino, e 42,1%, do sexo feminino. Apesar de alta taxa de analfabetismo, herança deixada pelos colonizadores portugueses, 90% da população é altamente letrada do ponto de vista político, ao contrário de comunidades muito letradas, mas analfabetas politicamente.

O país conta com várias escolas secundárias e um grande número de universidades particulares, sendo que as públicas, como a Escola Nacional de Administração, a Escola Superior de Educação e a Faculdade de Direito, estão federadas dentro da Universidade Amílcar Cabral, enquanto a Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguelles

está dentro da Escola Nacional de Saúde. A língua oficial é o português, sendo que o crioulo é a língua de comunicação oral mais utilizada em todo o território nacional.

A economia do país é pouco desenvolvida por vários motivos: a falta de políticas públicas eficazes por parte dos sucessivos governos, a ausência de geração de empregos e de concursos públicos. A agricultura é responsável por absorver mais de 80% da força de trabalho local e que se baseia no cultivo de castanha-de-caju (o país é o sexto maior produtor mundial), algodão, arroz, inhame, banana, manga e cana-de-açúcar. Essas atividades econômicas ocupam mais de 12% da superfície territorial da Guiné-Bissau. O país apresenta vários problemas socioeconômicos, possui um dos seis piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do planeta. A maioria da população vive abaixo da linha de pobreza, com menos de 1,25 dólares por dia; a expectativa de vida é uma das menores do mundo, 46 anos (REPÚBLICA DA GUINÉ, 2013).

A República da Guiné-Bissau, desde os primórdios, vive uma história de fragilidade política e

institucional, que remonta ao tempo da sua independência de Portugal em 1974. No ano seguinte, em 1975, convidado pelo Presidente da República para contribuir com o processo de reconstrução nacional, Paulo Freire fez duras críticas à ideologia colonialista presente no país, que procurava inculcar nas crianças e nos jovens o perfil de seres inferiores, incapazes, cuja única salvação estaria em tornar-se branco ou pretos de alma branca. Havia descaso e negação pelos nativos de sua história, cultura e língua. Para superar a alienação da educação colonial, Freire (2014) defendia a independência dos nativos, assumindo sua história, descolonizando mentes, para tanto era necessária decisão política, em coerência com a sociedade que se buscava criar.

Sendo um dos países do mundo mais propícios a golpes de estado, Guiné-Bissau é politicamente instável. Desde a independência, registraram-se quatro golpes de estado e outros 16 golpes tentados, planejados ou suspeitos. Atualmente, Umaro El Mokhtar Sissoco Embaló é o atual presidente da República da Guiné-Bissau. Em fevereiro de 2022, houve nova tentativa de golpe, quando homens armados tentaram invadir as instalações do Palácio do Governo, local em que acontecia uma reunião

extraordinária do Conselho de Ministros. A imprensa local relatou que houve mortes e feridos (MEREDITH, 2020).

5. A SAÚDE EM GUINÉ-BISSAU

A Guiné-Bissau é reconhecida como um país com grandes dificuldades no seu Sistema Nacional de Saúde. Diferentemente do Sistema Único de Saúde (SUS), o país não dispõe de um sistema totalmente gratuito e acessível a toda a população. Portanto, atendimentos, exames, procedimentos são pagos pela população, e, mesmo assim, a qualificação profissional e de assistência são precárias.

Em 1993, o país estabeleceu a Política Nacional de Saúde, o que levou à subdivisão do sistema de saúde em três níveis organizacionais.

No âmbito central da gestão, encontra-se o Ministério de Saúde Pública (MINSAP), as direções, os serviços, programas nacionais, o Hospital Nacional Simão Mendes e os centros de referência. O nível central tem como responsabilidade a definição de grandes

orientações para o nível regional sobre as prioridades nacionais, recursos financeiros e humanos, pela programação anual e pelo seguimento/avaliação. O nível regional, ou seja, intermediário, tem como função principal traduzir as políticas nacionais em estratégias e atividades operacionais. O nível local, denominado de “área sanitária”, é responsável pela implementação do Pacote Mínimo de Atividade. De modo geral, os Centros de Saúde asseguram cuidados, tanto curativos como preventivos. O âmbito do Pacote Mínimo de Atividade constitui o primeiro nível de atendimento, sendo os hospitais regionais de primeira referência (GUERREIRO, FERRINHO, HATZ, 2018).

A Política Nacional de Saúde é parte integrante da política do Governo em termos de desenvolvimento socioeconômico do país. Tem como missão ofertar orientações para a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) e articula os três níveis de saúde, utilizando conhecimentos científicos e tecnologias apropriadas para responder às necessidades da população tanto do ponto de vista preventivo quanto curativo, com vista a alcançar o objetivo da “Saúde Para Todos” (D’ALVA, 2004).

Apesar de bem estruturada, do ponto de vista do organograma, a saúde na GB é bastante frágil em função, principalmente, do conflito político-militar e do golpe de Estado em 2012. Tal contexto gerou influência em todos os setores e na saúde ocasionou sérios problemas, como: subfinanciamento e má gestão em saúde, infraestrutura precária dos serviços, corrupção e baixa qualificação dos técnicos de saúde, o que influenciou as crises sanitárias subsequentes. 92% dos gastos de saúde são assumidos pelas famílias e apenas 8% pelo Estado, assim ocorre a corrupção do poder político e militar; a luta pelo controle do Estado, única fonte dos recursos; a desorganização das instituições pública; a elevada taxa de pobreza; a desigualdade social ausência das leis e de responsabilidade; o narcotráfico; a baixa taxa de escolaridade em nível nacional; a violência sexual infantil; a mutilação genital feminina; e a mortalidade materna/infantil alta (GUERREIRO, FERRINHO, HARTZ, 2018). Tal cenário tem implicações negativas concretas que influenciam na estrutura organizacional dos serviços de saúde, com implicações em mudanças nas equipes, falta de profissionais e desorganização institucional.

Em 2014, o Governo do Engenheiro Domingos Simão Pereira, através do Ministério da Saúde, lançou um decreto que isenta as crianças menores de 5 anos, mulheres grávidas, pessoas idosas a partir de 60 anos de pagamentos de consultas além disso tornou gratuita a realização de partos, seja normal ou cesárea, no entanto o restante dos serviços continuam sendo pagos, alguns com taxas razoáveis e outros com taxas caras, tornando, assim, inacessível os serviços de saúde para a maioria da população que vive com baixo poder econômico. Nas farmácias públicas, poucos remédios são gratuitos, fazendo com que só tenha tratamento completo quem tiver dinheiro para comprar o restante da medicação prescrita.

Até o momento, o país não dispõe de uma equipe específica de Estratégia Saúde da Família (ESF) nos moldes do Brasil, com equipe de saúde vinculada ao território de abrangência. A organização do ESF na GB se dá a partir de uma equipe que executa as atividades, em quatro programas específicos: Saúde materna/infantil e planejamento familiar; Programa de vacinação; Reabilitação nutricional; Cuidados com doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas. Existe uma equipe de organização do Programa composta por coordenação geral

e adjunta, administrador e quatro representantes dos programas acima citados. As agentes de saúde de base e matronas ficam sob orientação dos responsáveis de cada área sanitária e atuam nos domicílios. O ESF apresenta a missão ampla de prover a integralidade de cuidados em saúde, além de coordenar e orientar as direções regionais na execução das atividades operacionais (D'ALVA, 2004).

A ausência de infraestrutura adequada, de coordenação e de financiamento dos serviços de saúde repercutem diretamente na qualidade de assistência à saúde da população. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que a prevalência de infecção pelo HIV entre a população adulta é de 1,8%, com apenas 20% das mulheres grávidas infectadas recebendo cobertura antirretroviral. Os casos de malária são ainda maiores, com 9% da população relatando infecção, sendo uma causa de mortalidade específica quase três vezes maior que a AIDS. Em 2008, menos da metade das crianças com menos de cinco anos de idade dormiam sob mosquiteiros ou tiveram acesso a antimaláricos (ALBUQUERQUE, 2009).

O país possui uma das mais baixas expectativa de vida, e esse cenário vem crescendo desde 1990, porém essa expectativa continua a ser baixa em pleno século XXI, em que muitos países já superaram essa problemática. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a esperança de vida para uma criança guineense nascida em 2008 era de 49 anos. Apesar da redução de casos em países vizinhos, as taxas de cólera foram notificadas em novembro de 2012, com 1.500 casos apresentados e 9 mortes. Uma epidemia de cólera em 2008 na Guiné-Bissau afetou 14.222 pessoas e matou outras 225. A taxa de mortalidade materna, a cada 100.000 nascidos, é de 1.000, no país, um dos fatores também que merece atenção por parte das autoridades sanitárias guineenses (D'ALVA, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (2021) estima que há menos de cinco médicos para cada grupo de 100.000 habitantes no país. Em 2017, a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu-se com mulheres e técnicos do Ministério da Saúde guineense para avaliar os serviços ofertados no Hospital Nacional Simão Mendes e checar metas fixadas, sobretudo, no combate à mortalidade materna e infantil. O estudo registrou baixa colaboração dos pacientes, que recebavam denunciar o pessoal de saúde.

6. O HOSPITAL NACIONAL SIMÃO MENDES – HNSM

O Hospital Nacional Simão Mendes - HNSM descende do "Hospício de Bissau", considerada a maior instituição de saúde guineense e criada, desde 1690, para tratar de doenças tropicais que ocorriam na cidade, sendo um dos equipamentos sociais mais importantes que foram erguidos. Após a independência nacional da Guiné-Bissau, denomina-se definitivamente "Hospital Nacional Simão Mendes", em homenagem a Simão Mendes, um dos heróis da guerra de independência da Guiné-Bissau. Na década de 1990, na esteira da abertura político-econômica e do colapso do sistema socialista, o hospital ficou com estruturas bastante degradadas. No auge da guerra civil na década 1998, continha a única enfermagem pediátrica do país, segundo um relatório da Missão do Sono, e 92,3% da população do país sofria de ancilostomíase (REPÚBLICA GUINÉ-BISSAU, 2013).

Apesar de o HNSM assumir um papel de referência para os guineenses e representar a maior unidade hospitalar do País, as respostas têm sido aquém

do desejado. A insuficiência dos técnicos em quantidade e qualidade fez a ONG Espanhola, denominada Pueblo em Marcha, orientar o fechamento da maior Unidade Hospital da Guiné-Bissau, alegando não ter condições sanitárias para funcionar. As enfermarias disponíveis são insuficientes para o número dos pacientes internados. Na maternidade, em particular, o contexto é indescritível. Chega-se à situação em que as grávidas dividem uma cama de apenas alguns centímetros (MEREDITH, 2020). A maioria das parturientes são internadas já em franco trabalho de parto, e muitas acabam falecendo por falta de atendimento. Com precárias instalações, muitos pacientes são encaminhados para Portugal, mas os custos com passagem e a necessária concessão de visto tornou burocrática e inviável financeiramente a transferência para muitos pacientes, o que acaba culminando em óbitos de pacientes cujas condições socioeconômicas são precárias para arcar com os custos.

Entre 2009 e 2011, o hospital passou por uma remodelação significativa. Face à situação caótica do HNSM, o financiamento do Banco Africano de Desenvolvimento possibilitou a construção de mais quatro blocos de enfermarias, ampliando o hospital para melhor

atender aos guineenses. No momento, o estabelecimento contava com 417 leitos e oferecia 21 setores, dentre os quais: maternidade, pediatria e oftalmologia, setor de radiologia e um laboratório de análises clínicas. O hospital de referência dispunha de 41 médicos e 82 enfermeiras. Apesar de já terem sido adquiridos aparelhos de radiografia (que só fazia exames em caso de urgência) e o de mamografia, que nunca funcionou por falta dos acessórios (chassi e aparelho de revelação), a inoperância da gestão em saúde explicitava a gravidade da situação que continuava a ser o único hospital no país a fazer exames complementares, como mamografia e tomografia, porém, com bastantes dificuldades para outros exames de imagens. Só em 2016 uma central de armazenamento e conversão de oxigênio foi inaugurada na área do hospital. Nesse mesmo período, foi inaugurado o setor de informática e a promessa de construção de um refeitório de referência (ALBUQUERQUE, 2009).

Houve momentos em que os pacientes com insuficiência renal não conseguiam ser acompanhados pelo hospital, e, embora existissem instalações propícias para o tratamento e especialista em nefrologia e técnicos com formação em diálise, a dialisadora (equipamento para

diálise) não podia ser utilizada, já que a chave da sala estava sob poder do Ministério da Saúde. Muitos pacientes que necessitam de acompanhamento em hemodiálise são encaminhados para o Senegal. Todavia, os custos com passagens são altos, tornando insustentável o tratamento para muitos, já que necessitam de várias sessões semanais (GUERREIRO; FERRINHO; HARTZ, 2018). Quando a doença é diagnosticada no início, encaminha-se para Portugal, mas o processo é moroso, e muitos acabam falecendo na fila de espera, por falta de tratamento adequado.



Imagem: Hospital Nacional Simão Mendes (MEREDITH, 2020)

Em dezembro de 2018, os profissionais de saúde deflagraram uma greve geral como estratégia de pressionar as autoridades, tendo como principais reivindicações: melhorias nas condições de trabalho, contratação de mais profissionais de saúde, ampliação do quadro de funcionários, efetivação dos funcionários já contratados, pagamento de dois meses de trabalho em atraso e pagamento de férias. A maternidade do HNSM

conta com um quadro de 36 médicos, a maioria com especialização na área de clínica geral, com estrutura física para 90 leitos; um bloco cirúrgico; uma sala de pré-parto, com 7 leitos; sala de pós-parto, com 9 leitos; sala de observação, com 9 leitos, e os demais leitos distribuídos em diferentes alas da maternidade, para diferentes fins (MEREDITH, 2020).

7. DIMENSÕES RELACIONADAS À GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A oportunidade de estagiar por muito tempo na maternidade do Centro de Saúde Luanda, onde a primeira autora vivenciou cotidianamente aquela realidade, fomentou reflexões e colaborou para definição do objeto de investigação. Ao ingressar no mestrado, a autora refletiu de que modo poderia contribuir para minimizar a realidade sanitária de GB, especialmente, do local onde atuou. A situação do cuidado de parturientes importava-lhe. Sendo mulher e enfermeira, embora ainda não seja mãe, compadecia-se da realidade enfrentada pelas mulheres por ocasião do parto. Sabia que muitos

problemas enfrentados na maternidade estavam relacionados à estrutura organizacional deficiente e ao precário financiamento do hospital, dimensões que não têm governabilidade direta.

Todavia, o modo de ser cuidado, dimensão mais profunda entre nós, que nos torna sensível à solidariedade, à cooperação, à compaixão, à fraternidade e à justiça, reconecta-nos e nos abre à experiência de pertença ao Grande Todo (BOFF, 2012). Motivada por essa dimensão do cuidado e pela segurança do paciente, como área estratégica no mundo, passou a questionar: "Como são realizados os processos de segurança da paciente na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, na perspectiva dos enfermeiros?". A partir desse questionamento, passou a se debruçar sobre o referencial teórico que embasa a pesquisa em tela.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) define a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, considerando a noção coletiva em face do conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados foram prestados, em

oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.

A segurança do paciente tem ganhado maior destaque após a publicação do relatório do *Institute Of Medicine* dos Estados Unidos da América, em novembro de 1999, denominado “*To Err is Human: building a safer health system*”. Esse relatório trouxe uma importante necessidade de discussão e de repensar as práticas em saúde, evidenciando altos índices de ocorrência e um número de aproximadamente 44 a 98 mil óbitos a cada ano, causados por eventos adversos (EAs). Entre eles, 7.000 casos estavam relacionados a erros de medicações (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; RIGOBELLO *et al.*, 2012).

Esses danos, classificados como Eventos Adversos (EAs), são incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde, resultando em incapacidades ou lesões, permanentes ou temporárias, prolongando o tempo de internação e podendo ocasionar até mesmo o óbito, não tendo relação com a doença de base (KOHN; DONALDSON, 1999; GALHARDI, 2018; MENDES *et al.*, 2009; DAL PAI, 2020).

A notificação de eventos adversos surge como ferramenta indispensável do cuidar no papel do enfermeiro, o qual atua, especialmente, na promoção e na prevenção, sendo responsável por traçar estratégias que visem minimizar esses eventos, melhorando, assim, a qualidade da assistência prestada. O conhecimento de riscos e falhas, a realização da educação continuada e a melhoria do diálogo entre a equipe podem resultar na diminuição de erros, na melhoria do cuidado prestado e na efetiva segurança do paciente e do profissional de enfermagem (DA COSTA RESENDE *et al.*, 2020).

A temática “segurança do paciente e desenvolvimento de uma cultura em prol de medidas que visam à redução do risco de ocorrência de dano desnecessário ao paciente durante a assistência à saúde” estão na pauta de discussões em espaços diversos, como a academia, o judiciário e os serviços de saúde privados e públicos. Essa discussão está também na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS) e seus estados membros, do governo brasileiro nas instâncias nacional, estadual e municipal (LEMOS *et al.*, 2018).

Essa crescente preocupação surgiu após a divulgação do relatório “errar é humano” em novembro de 1999, que evidenciava a ocorrência de cerca de 40 a 98 mil óbitos a cada ano, decorrentes dos eventos adversos (EAs) (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; RIGOBELLO *et al.*, 2012). Essas revelações acabaram impulsionando a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em outubro de 2004. Essa aliança tinha como um dos objetivos despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo (OLIVEIRA NUNE *et al.*, 2014).

De acordo com um estudo realizado nos países da África e de Oriente Médio, que contou com apoio da OMS, a incidência de eventos adversos entre os países estudados variou de 2,5% a 18,4%, com uma incidência geral de 8,2%. A inevitabilidade dos eventos foi maior que em outros estudos na Europa, Oceania, EUA e Canadá, atingindo 83% de taxa de eventos evitáveis. Erros de tratamento e de diagnóstico foram as causas mais comuns, contando com 34,2% e 19,1% do total de eventos,

respectivamente. Os eventos adversos relacionados à cirurgia representaram apenas 18,4% do total de eventos. Quanto à gravidade, 30% dos eventos adversos relacionavam-se à morte do paciente, um número bem acima do encontrado em estudos anteriores. No restante, eventos adversos que causaram dano reversível em até 1 mês corresponderam a 32% do total, 16% foram eventos com dano temporário por até 12 meses, e 14% foram eventos com dano permanente (ZAMBON, 2014).

Apesar do crescente interesse na temática segurança do paciente, ainda é generalizada a falta de sensibilização para o problema. Nesse contexto, torna-se relevante o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à temática, como forma de enriquecer e divulgar a literatura na área da saúde, reduzir as lacunas de conhecimento existentes e sensibilizar os profissionais sobre a importância da prática de segurança do paciente em todos os níveis de atenção à saúde, levando à redução dos riscos e danos relacionados à assistência (MESQUITA, 2016).

É de suma importância destacar a Parceria Africana para a Segurança do Paciente (APPS), iniciada em 2008 pela OMS, com o intuito de criar parcerias

sustentáveis na área da segurança do paciente entre hospitais das regiões africanas da OMS e hospitais em outras regiões e que elegeu 12 áreas de ação (SARTOR *et al.*, 2016).

Para DO ROSÁRIO *et al* (2021), para o amplo desenvolvimento da segurança do paciente nos serviços de saúde, deve-se promover a cultura de segurança do paciente, entendida como conjuntos de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão de saúde e a segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A garantia da segurança do paciente em ambiente hospitalar é ainda um grande desafio, tendo em vista que é um dano causado pelo cuidado em saúde e não pela doença de base e pode resultar em incapacidade presente no momento da alta. Embora seja estratégica no mundo, a segurança do paciente, em alguns países, torna-se ainda mais importante, devido às condições de

infraestrutura, ao pessoal qualificado para o exercício da função, aos equipamentos adequados, à boa comunicação, entre outros aspetos.

Ter como objeto de pesquisa a compreensão de como se dá o processo de trabalho no cotidiano na maternidade do HNSM, em Guiné-Bissau, a partir da voz dos agentes que produzem o cuidado, torna-se relevante. Dessa forma, podem ser elaboradas estratégias para evitar erros com medicamentos que tenham nomes e embalagens semelhantes. Assim, algumas medidas podem evitar infecções, como: lavar as mãos; evitar troca de pacientes, ao prestar qualquer cuidado e administrar medicamento; garantir uma correta comunicação da equipe com a paciente; garantir a medicação correta em transições dos cuidados e usar seringas descartáveis. Para tanto, faz-se necessário ações de vigilância *in loco* da situação e a identificação de fontes potenciais de danos, além de constituir uma prática de observação sistemática, visando à proteção da saúde tanto individual como coletiva. Considerando as especificidades da maternidade do HNSM, as narrativas dos profissionais podem auxiliar na reorientação do cuidado e constituir uma oportunidade

de implementação de medidas de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

Diferentemente do Brasil, em que já existem iniciativas específicas no campo da segurança do paciente e da cultura da vigilância, em Guiné-Bissau, ainda é muito frágil a estrutura responsável por fazer a busca, identificação e notificação dos eventos adversos e das queixas ligadas aos produtos e serviços de saúde. Sabendo-se que 50% dos efeitos adversos podem ser evitados, faz-se necessária a promoção da sustentabilidade das boas práticas de cuidado, a partir de uma política de gestão de riscos com estratégias pré-definidas de monitoramento e comunicação de riscos, comissões de controle de infecções e avaliação. Infelizmente, muitas dessas medidas ainda são pouco valorizadas por gestores e profissionais da Saúde (BRASIL, 2017).

Ao reconhecer que existem problemas, em especial, na qualidade dos cuidados ofertados na maternidade do HNSM-GB e considerando que o principal foco sobre a segurança do paciente venha sendo a implementação de práticas seguras, torna-se cada vez mais evidente que reforçar a segurança nos hospitais requer

muito mais. Medidas como transparência, mudar a concepção de erros como falhas individuais para falhas do sistema, comprometimento dos dirigentes e gestores, inclusão dos temas de segurança do paciente no ensino em saúde, financiamento adequado, contratação de equipes qualificadas são necessárias para iniciar a jornada com vistas a uma cultura de segurança.

Esta pesquisa se caracteriza no esforço de apresentar as complexidades que envolvem o cuidado na maternidade do HNSM, com foco na qualidade de segurança do paciente, fortalecendo e aprimorando as práticas, a pesquisa e a discussão em torno do tema em pauta.

9. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. 2017.

ALBUQUERQUE, Elizabeth Maciel de et al. **Avaliação da técnica de amostragem respondent-driven sampling na estimação de**

prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.

2009. Tese de Doutorado.

BOFF, Leonardo. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade. **Petrópolis, RJ: Vozes**, p. 29, 2012.

CARVALHO FILHO, Silvio de Almeida; NASCIMENTO, Washington Santos. Intelectuais das Áfricas. 1. ed. eBook kindle, 2020.

DA COSTA RESENDE, Ana Lúcia et al. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 39, p. e2222-e2222, 2020.

DAL PAI, Sandra et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

D'ALVA, Marilene Gomes Menezes et al. **Saúde da família na Guiné-Bissau: Estudo de**

Implementação na região sanitária de Bafatá. 2004. Tese de Doutorado. [Thesis]. Brasil: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

DE CARVALHO LEMOS, Grazielle et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

DE MESQUITA, Karina Oliveira et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2016.

DO ROSÁRIO PALOSKI, Gabriela et al. Segurança do paciente: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca do erro assistencial ao paciente. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 4, p. 66-83, 2021.

FREIRE, Paulo. **Cartas à Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo.** Editora Paz e Terra, 2014.

GALHARDI, Nathalia Malaman et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária

à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 409-416, 2018.

GUERREIRO, Cátia Sá; FERRINHO, Paulo; HARTZ, Zulmira. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 549-565, 2018.

HOLLIDAY, Oscar Jara et al. Para sistematizar experiências. **João Pessoa: Universitária**, 2006.

KOHN, L. Corrigan J, ed, Donaldson M, ed. To Err Is Human: Building a Safer Health System. 1999.

MENDES, Walter et al. A avaliação de eventos adversos em hospitais no Brasil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, pág. 279-284, 2009.

MEREDITH, Martin. **O destino da África: cinco mil anos de riquezas, ganância e desafios**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1998-2002. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 1998.

OLIVEIRA NUNES, Flávia Danyelle et al. Segurana do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 6, n. 2, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021–2030: para eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Estrutura conceptual da classificação internacional sobre a segurança do paciente. 2009. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>. Acesso em: 8 de setembro de 2022.

REPÚBLICA GUINÉ-BISSAU. Prioridades nacionais de pesquisa para saúde na Guiné-Bissau (INASA).

2013. Disponível em: colocar link xxxxxxxxxxxxxxxx.
Acesso em: 7 de agosto de 2022.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, v. 25, p. 728-735, 2012.

SARTOR, Giordana Dutra; DA SILVA, Bruna Fernanda; MASIERO, Anelise Viapiana. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2016.

ZAMBON, Lucas Santos. **Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ACESSO E CUIDADO: REFLEXÕES SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA FAMÍLIAS CIGANAS EM SOUSA-PB

Cícera Suênia Soares Mangueira

Edilma do Nascimento Souza

Juliana Sampaio

Vera Lúcia de Azevedo Dantas

Maria do Socorro Trindade Moraes

1. INTRODUÇÃO

As reflexões presentes neste estudo nascem de uma pesquisa em andamento que está sendo desenvolvida no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba (PPGSC/UFPB), em torno do tema “Comunidade Cigana Calon e seu olhar sobre o cuidado”. Cícera Suênia, a primeira autora deste texto, é mestranda do referido programa, cigana

pertencente ao povo Calon e oferece sua experiência para a produção de conhecimento científico, buscando concatenar temas como ciganidade, pertencimento e cuidado em saúde. Esse texto nasce da narrativa de vida de Cicera Suênia e amplia seu corpo no encontro com sugestões, comentários e contribuições das demais coautoras, em um movimento de análise compartilhada.

Assim, esse estudo tenta narrar, na medida do possível, parte da história de uma comunidade cigana de etnia Calon, localizada no interior da Paraíba, contribuindo para a compreensão de sua constituição, suas crenças, por costumes e regras dando visibilidade para aspectos desta ciganidade, não apenas para descrever os hábitos de um povo, mas para produzir elementos analíticos de compreensão dos processos de cuidado da etnia Calon e sua interface com os serviços de saúde.

2. UM POUCO DA TRAJETÓRIA DE SUÊNIA E DOS CALONS DE SOUSA

Ser cigano/a, para além do parentesco consanguíneo, pode implicar num processo subjetivo,

identificado a partir de circunstâncias. Existem muitas pessoas que nasceram não ciganas e que foram adotadas e educadas por ciganos de sangue ou que conviveram muito tempo em comunidades ciganas e são reconhecidas como ciganas (GUIMARÃES, 2012; MONTEIRO, 2019). No caso de Cícera o parentesco consanguíneo é um elemento legitimador do pertencimento cigano. Além de ter o sangue cigano, nasceu e cresceu dentro de uma educação Calon, “conheci dos meus familiares e amigos várias histórias que me foram contadas sobre costumes e modos de andar na vida da etnia Calon. Destaco que, neste processo, como se vive, como se age e se relacionam entre os Calons é o processo de pertencimento.

Minha mãe é natural de Ibiara/PB e meu pai de Barbalha/CE. Minha avó paterna era uma mulher não cigana e fugiu com meu avô paterno, quando seu grupo cigano estava acampando na cidade onde ela morava. O grupo cigano ao qual meus pais pertenceram eram andarilhos, percorrendo principalmente os estados de Rio Grande do Norte, Paraíba e Ceará, mas se estabeleceram na década de 1980 em Sousa, interior da Paraíba, onde nasci em no ano de 1994. Formei-me em Enfermagem na cidade de Cajazeiras, no ano 2018 e em 2021 ingressei no

PPGSC/UFPB. Sou casada, tenho dois filhos (Eric Davi e Gael Henrique) e atualmente, moro com minha família.

Sousa localiza-se no sertão da Paraíba, no ano de 2009 era constituída por uma população de mais de 65 mil habitantes (FIGUEIREDO, 2012). Os ciganos residem há mais de quarenta anos no território sousense, são cerca de 3.000 ciganos divididos entre as duas comunidades, infelizmente nunca foi realizado um censo do IBGE voltado apenas para os ciganos na cidade de Sousa. Os ranchos são lugares onde as barracas são montadas e podem indicar um território específico de relações afetivas e domésticas (TEIXEIRA, 2008). O Rancho de Cima aparenta ter um melhor desenvolvimento econômico, devido a mais pessoas que tiveram acesso a formação superior e ao mercado de trabalho.. O Rancho de Baixo é subdividido em três grupos, com diferentes chefes, onde moram em residências sem arquitetura ambiental formando um aglutinado de casas, e tem em suas extremidades duas comunidades de pessoas não ciganas conhecida como a Comunidade do Piolho, e outra mista, a Comunidade Várzea das Almas (RANGEL; RODRIGUES, 2019).

Em cada uma dessas comunidades surgem chefes, que convivem e se articulam em torno das necessidades comuns. O surgimento dessa liderança ocorre tanto à medida que alguém se destaca por interpretar as demandas do grupo, como também pela expressão de seu interesse e boa comunicação. O chefe deve mostrar sabedoria e fácil compreensão do funcionamento do rancho e de sua estrutura, além de ter nome honrado e aceito pelo povo. O rancho do Chefe Pedro Maia(In Memoria), conhecido como o “de cima” - hoje conduzido por seu filho , o Coronel, que tornou-se chefe quando Pedro Maia não tinha mais condições de assumir a chefia - e algumas outras famílias independentes ou ligadas a algum dos grupos do outro rancho; e Rancho de Baixo, composto pelos grupos dos chefes Eládio, Vicente(In Memoria) e Ronaldo Carlos. As comunidades ciganas localizam-se no bairro Jardim Sorrilândia, extremo de Sousa, do outro lado da BR 230. Referimo-nos aos Calon, como pessoas de identidade e cultura próprias, como povo cigano de Sousa (SILVA, 2012).

O rancho tem uma rotina movimentada. No turno da manhã, algumas das crianças vão à escola. Os homens ciganos o sustentam da maneira que encontram. Seja por

meio da troca no centro da cidade de Sousa, ou mesmo pedindo esmolas porta a porta, as vezes é necessário ir buscar sustentos em outros municípios. As ciganas mais velhas no expediente da manhã costumam alternar entre a leitura de mendicância, as mais jovens ficam tomando conta da casa. (SILVA, 1999). Alguns ciganos mais jovens da comunidade de Pedro Maia conseguiram estabelecer vínculos empregatícios informais e instáveis, e quase ninguém no Rancho de Baixo possui trabalho formal. Entre 2004 e 2010 muitas mudanças ocorreram no cenário social e político tanto local, como nacional, ações e políticas a favor dos ciganos, como oferta de concursos para fomento da cultura cigana (editais especiais para ciganos) pelo Governo federal, a associação comunitária Calon, e o Centro Calon de Desenvolvimento Integral (CCDI), projeto do governo federal. Embora, a grande maioria das pessoas adultas Calon não tenham educação formal, há entre os ciganos do Rancho de Cima, com melhor condições socioeconômicas, pessoas com formação em nível superior (direito, letras, enfermagem, pedagogia, entre outros), e mesmo com pós graduação. Vale salientar que há ensino Superior da rede pública em

Sousa e também em cidades circunvizinhas, como Cajazeiras e Patos(FIGUEIREDO, 2012).

De modo geral o padrão escolar brasileiro não está baseado na diversidade, mas na cultura do branco, ou seja do colonizador, que reprime a diferença (TEIXEIRA, 2008). Refletimos se o sistema educacional brasileiro tem a capacidade real de conviver com a presença de ciganos sem afetá-los culturalmente de forma significativa. Neste sentido, algumas questões precisam ser problematizadas: Como os processos pedagógicos culturais estão presentes na escola, no caso da presença de ciganos? Os professores são capacitados, sobretudo aqueles que ministram aulas para ciganos? Existem professores ciganos no quadro docente? Em que medida o repertório cultural do cigano se faz presente na sala de aula? Será prudente que um ambiente eurocêntrico se responsabilize por parte significativa na formação de crianças e jovens em processo de construção identitária? Uma proposta escolar precisa considerar a identidade cultural e que respeite as estruturas internas, pensada junto com a comunidade (BRASIL, 2014). Nesta perspectiva, a educação das pessoas de etnia Calon de Sousa, como de muitas outras

etnias no país, se apresentam com níveis baixos da influência escolar formal.

Os ciganos continuam utilizando dos conhecimentos de medicina tradicional de forma preventiva e também dos serviços de saúde, negociando entre seus saberes e o conhecimento médico. Acessam o SUS, mas também a rede privada. Há uma Unidade de Saúde da Família responsável pelo território cigano e também por outras comunidades, localizado entre as duas comunidades. Nesta equipe, um Agente Comunitário de Saúde (ACS) é cigano e faz cobertura do Rancho de Cima, outra ACS é Jurin (mulher não cigana), que habita nas proximidades da unidade Saúde da Família (USF). Ambos ACS são responsáveis pelo acompanhamento das famílias das duas comunidades ciganas.

Todavia, é perceptível a resistência dos ciganos em buscar atendimento na Estratégia Saúde da Família (CORREIA, 2011). Parte desta resistência, refere-se a pouca compreensão dos trabalhadores de saúde acerca da cultura, seu modo de vida, arte, crenças e costumes (DANTAS, PARO, CRUZ, 2020). Tais aspectos influenciam sobremaneira na abordagem terapêutica dos

profissionais que, muitas vezes, desconsideram os hábitos e condições de vida dos ciganos e acabam não fornecendo um atendimento de acordo com suas necessidades e especificidades. Além disso, o preconceito contra os ciganos ainda é grande. Mesmo nos serviços de saúde, é comum relatos de trabalhadores priorizarem atendimento de não ciganos, mesmo que a ordem de chegada para o atendimento indique que a vez deveria ser de um cigano (COSTA, 2014). Tais questões já identificadas e ainda não problematizadas nos serviços de saúde, acabam por gerar resistências e afastamentos da comunidade cigana. Os ciganos, seja qual for a etnia, continuam a ser vistos com o estereótipo de perigoso, trapaceiros e imoral, vistos assim, desde sua chegada na Europa Ocidental. Continuam sendo vítimas de políticas anti-ciganas por onde passam, promovendo exclusão e fixando-se no imaginário coletivo brasileiro, manifestando-se de diversas formas e meios (MOONEN, 2011; GOLDFARB, 2004; GOLDFARB, 2013, COUTINHO, 2016).

Para os ciganos, a concepção de saúde é diferente das lógicas não ciganas, já que os ciganos creem nas práticas originadas em sua própria cultura. Quando se fala de prevenção de doenças, a saúde não é resultado do estilo

de vida, mas de uma concepção vinculada à dimensão espiritual. Embora, tanto os ciganos como os não ciganos acreditam na cura mental e física através de rezas, benzimentos, rituais e orações, ervas, xaropes e lambedores, é na cultura cigana que essa concepção está mais enraizada (CORREIA, 2011). Por tradição e costume conservam os saberes tradicionais de ervas e plantas medicinais para tratar enfermidades corriqueiras nas comunidades. É de responsabilidade da mulher cigana dominar esse conhecimento e passar de geração em geração (COSTA, 2014).

No início, os ciganos moravam em barracas e casas de taipa. O ex-governador da Paraíba, Antônio Mariz, pouco antes de seu falecimento, autorizou a construção de casas de alvenaria para toda a comunidade. A família cigana se ramifica com rapidez, e os novos casais foram construindo suas casas de taipa ao lado das de alvenaria, localizadas em maioria nas extremidades dos ranchos e aumentando o território da área habitada (SIQUEIRA, 2012).

A tradição é casar-se bem jovem, entre os 12 e 15 anos, pulando etapas do desenvolvimento e assumindo

responsabilidades cada vez mais cedo. No casamento, a tradição é prometer os noivos ainda na gestação, ou seja, os noivos não escolhem quem serão seus parceiros, o casamento é realizado geralmente em dezembro ou junho que são meses comemorativos para os ciganos. Dentre o que é dito sobre a tradição cigana há a narrativa que antes do casamento é feito a “camisa”, forma em que mostra a virgindade da noiva, em um quarto com lençóis brancos e macios, com a presença do noivo, dos pais de ambos os noivos e duas testemunhas a prática é realizada e, ao final, é passado por todos os membros da comunidade (SILVA, 1999).

Ressalta-se que existem regras bem definidas no casamento. Em alguns grupos, mulheres ciganas não possuem liberdade para casar-se com não ciganos, ao passo que os homens são livres para casar-se com estrangeiras (ANDRADE JÚNIOR, 2013). Tal fato é gerador de constrangimento em mulheres Calon Sousense que por vezes, rompem com a tradição e casam-se com não ciganos. Ao casar-se com não ciganos, mulheres ciganas, muitas vezes, são conduzidas pelo marido para o contexto social não cigano e passam a viver em território urbano (PEREIRA, 2009). Quebrar alguns costumes e viver fora

das comunidades tradicionais, poderá torná-la anônima e restringir o status dentro do grupo, já que ser puro sangue e estar atualizada como o modo de vida cigano é dimensão muito valorizada entre os ciganos.

Outra característica é o uso da língua como elemento entre as etnias ciganas. Cada grupo fala sua língua. A língua é sem escrita (ágrafa) e é passada de geração em geração, não sendo possível ensinar o idioma para pessoas não ciganas (CUNHA, 2015; MONTEIRO, 2017). Tem um ditado que diz “*não se torna cigano, se nasce cigano*”, sendo assim, torna-se proibido popularizar o idioma. Na etnia Calon utiliza-se o português e a chibi (Língua Calon), que é visto como mecanismo de defesa que ajuda a distinguir entre falsos ciganos e ciganos verdadeiros. A língua é um elemento essencial da ciganidade, pois garante a existência do cigano integral, sem o uso da língua, não é possível manter o referencial e permanecer conectado à comunidade (FIGUEIREDO, 2012).

3. AS IDENTIDADES CIGANAS E SUA CULTURA

A população cigana, devido ao seu caráter de povo nômada e às especificidades culturais que apresentam, têm historicamente sido vítimas de perseguições e até mesmo situações de escravatura. Esta história de discriminação conduziu a várias situações de pobreza e exclusão social que muitas das comunidades ciganas vivenciam ainda, e que os situa entre os grupos mais vulneráveis e mais pobres (SOUZA, 2016). Não será assim de estranhar, as relações conflituosas existentes entre os ciganos e não ciganos ao longo do tempo.

Atualmente, no Brasil residem diferentes etnias ciganas, que constituem os povos Rom, os Sinti e os Calon, que estão distribuídos por todo território nacional. No estado da Paraíba, na cidade de Sousa, no sertão do Estado, está localizada a maior comunidade cigana com residência física da América Latina. Em sua maior concentração a economia ainda está voltada a questões culturais, como troca, venda e leitura de mão, sendo que já é notório a imersão dos ciganos na sociedade como profissionais da saúde, educação, direito e artes em geral

(SIQUEIRA, 2012). Cada qual com várias subdivisões e peculiaridades linguísticas, culturais e religiosas.

O Brasil é reconhecido por sua diversidade cultural, étnica e racial, e enfrenta o desafio de assegurar os direitos para promoção da qualidade social da nação, principalmente dos grupos minoritários em especial os povos e comunidades tradicionais. Os mesmos são grupos minoritários, que se diferenciam por sua cultura. Isso implica dizer que os grupos se auto apontam como portadores de identidades e direitos próprios. O decreto 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que sanciona a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais reforça:

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (DECRETO 6040, art.3º,§1º).

Ao tratar a ciganidade deve-se considerar algumas perspectivas: a do senso comum (estigmas, preconceitos); identidade cigana global (perpassam todos os ciganos) e a perspectiva local, singular de cada pequeno ou grande grupo. A perspectiva do senso comum, possui suas bases em imagens negativas, desqualificadas que provocaram um distanciamento social com as sociedades em que se inseriram, provocando alternativas de adequação com o intuito de minimizar a rejeição social e sobreviver. A identidade global se relaciona com a diversidade cultural cigana, assim, cada grupo, influenciado pelo contexto local que se vive, altera seu modo de vida de acordo com os costumes, crenças locais, revelando um mosaico linguístico, social e religioso. A perspectiva local, particular, expressa singularidades para manifestar sua ciganidade, ou seja, elementos assimilados e aprendidos localmente, ou seja, linguagem, moradia, regionalismo (ANDRADE JÚNIOR, 2013).

No Brasil, os ciganos representam o denominador comum para uma pluralidade de identidade étnica considerada mais adequada. Os Calon são os chamados ‘ciganos ibéricos’, que se diferenciam dos ciganos Rom e Sinti, pelos aspectos físicos, econômicos e éticos, embora

as vinculações concretas entre eles possam ser mais próximas do que se imagina” (FONSECA, 2002).

A identidade cigana é determinada a partir de sua convivência com a sociedade em geral e com si próprio que foi sendo desenvolvida aos longos dos anos, marcadas por preconceito, repressões, fugas e sofrimento, contudo os ciganos construíram a partir dessas lutas uma forma de fortalecer sua identidade cultural. O estilo de vida do homem cigano são fatores que trazem à tona uma série de atitudes e nuances próprias da etnia. Os homens são cumpridores pelo bem-estar e sustentabilidade do acampamento, de suas famílias e de sua comunidade (LORIVAL JÚNIOR, 2010, segundo o antropólogo Monteiro, 2017 aos homens cabe a responsabilidade do provimento, a promoção e o prestígios de suas famílias (MONTEIRO, 2017). São literalmente provedores, aqueles que transmitem o sangue cigano, a continuidade da linhagem e preservação da família.

No período do Brasil Colônia, os ciganos eram filiados à barbárie, assumindo relevância apenas quando afligiam as autoridades. Eram considerados “sujos”, “trapaceiros” e “imorais”, e as suas características

peculiares, bem como suas identidades, eram comumente consideradas apenas no campo da ilegalidade (SHIMURA, 2014). Esses pensamentos geraram tabus e construíram estereótipos, baseados na ideia que os ciganos eram, pessoas não confiáveis.

A realidade dos povos ciganos no Brasil é bastante diferente dos estereótipos criados e da marginalização a que estão hoje inseridos e não representam um povo compacto e homogêneo. Entre suas diferenças surge o acampamento em conjunto, e o dialeto, além dos costumes diferenciados como vestimentas e estilo de vida. Nas comunidades ciganas é eleito um chefe que geralmente é filho do antigo chefe, destarte são passadas todas as regras da moralidade que devem ser cumpridas durante seu comando (SANTOS, 2009). A sociabilidade entre os ciganos é ampla, há ciganos frequentando escolas, trabalhando como funcionários públicos e privados, disputando torneios desportivos locais com grande destaque, atuando em projetos artísticos culturais, tocando ou cantando em festas temáticas de não ciganas por contrato ou amizade, envolvendo-se em campanhas políticas, estabelecendo matrimônios ou apenas enturmado-se com não ciganos (TEIXEIRA, 2008). Tal

fato, colabora no processo de desconstrução dos estereótipos negativos e na valorização dos aspectos culturais desse povo.

A dança e a música são fortes na cultura, embora muitos não tiveram oportunidade de estudar, ainda assim são considerados verdadeiros artistas, proprietários do dom de tocar instrumentos musicais e nascedouros de cantores, tendo as ciganas a dança no pulsar de suas veias, conhecidos por sua fidelidade e generosidade, ricos em cultura e histórias (GUIMARÃIS, 2012).

Quando um cigano morre, sensibiliza a toda comunidade, durante meses o luto permanece, depois do sepultamento é queimado todos os pertences do falecido e a família fica muito tempo sem ter acesso a casa onde moravam pela saudade e dor do ente querido. Entre algumas famílias ciganas é comum que a dieta alimentar fique restrita de carne vermelha nos primeiros dias do luto.

Sua perspectiva de trabalho é de autonomia, sem sujeitar-se a um patrão que eventualmente os explore e os exponha a desigualdade de divisão de lucros, mas também porque historicamente os ciganos foram excluídos do

mercado de trabalho. Os homens quase sempre são os principais responsáveis pelos negócios maiores, mas as mulheres também participam do circuito de uma economia cigana que é balizada nas trocas de conhecimento Calon (comercializam remédios caseiros, aliado a reza e benzimento que são oferecidos aos potenciais clientes). Alguns idosos do grupo atuam na prática do raizismo, de modo que a renda do grupo advém principalmente do comércio informal e ambulante. A quiromancia (leitura de mão) também é uma prática presente na comunidade e são reconhecidos como quiromantes perante a sociedade (CUNHA, 2015).

A maioria dos ciganos se autodeclara como católico ou protestante, mas não frequentam missas ou cultos, nem estão vinculados a paróquias. Acreditam em um único “deus” que é e está em toda forma divina ou “deus” das várias origens. O sincretismo religioso do grupo advém da compreensão que “deus”, indica um significado amplo, sem um vínculo dogmático a qualquer religião, portanto livre de imposições institucionais, assumindo a versão de um cristianismo popular (SANTOS, 2009).

Nos dias atuais, os povos ciganos, embora apresentem mudanças, já vivem em grande parte em moradias fixas, empregos e acesso a saúde e educação, porém ainda há resistência de muitos em procurar os serviços de saúde, por um histórico de negligência do Estado para com essa população.

4. OS CALONS E O CUIDADO EM SAÚDE

Percebe-se que com o fim do nomadismo, a saúde dos povos ciganos piorou bastante, tendo como consequência o aumento do sedentarismo que gera perda do contato com a natureza, com o ar puro do campo, alimentos saudáveis, sem conservantes e/ou outros artificios químicos (BRASIL, 2016). Soma-se a isso, as condições de moradia precária e a má higienização nos ranchos, provocando cada vez mais doenças graves.

Nota-se que nos ranchos de Sousa, a situação de saúde é bastante complexa. As más condições de saneamento básico e limpeza pública, com esgotos a céu aberto, repletos de lixo e mato, somados à água parada das chuvas, cercam muitas das casas sujeitando os ciganos às

doenças (CORREIA, 2011). A ausência do serviço de limpeza pública torna a situação ainda mais complicada, somado a isso, o destino inadequado dos lixos pelas famílias e a proximidade do escoamento do lixão da cidade nas proximidades do rancho de cima, provocando queima de resíduos, geram problemas de saúde como inflamações oculares, pulmonares e respiratórias.

A falta de condições mínimas de habitabilidade, salubridade e higiene, acentua ainda mais a sua situação de exclusão social. De acordo com pesquisas disponíveis, grande parte das famílias ciganas vive em condições de habitabilidade precárias, enfrentando diversos problemas, como ausência de água potável para consumo ou até mesmo sem água suficiente para a higiene pessoal e da casa. De uma forma geral, as comunidades ciganas estão localizadas perto de lixeiras ou zonas poluídas nas margens das cidades, o que cria problemas ambientais e de saúde pública graves (COSTA, 2014). Este fenómeno é ainda gerador de fortíssimos preconceitos e estereótipos que, cada vez mais, impede estes cidadãos de saírem das situações de vulnerabilidade, exclusão social e económica em que se encontram.

O esgoto a céu aberto é outro grave problema ambiental que gera mais doenças, acumulando insetos, ratos e mosquitos, provocando doenças como a leishmaniose visceral, predominante no rancho de baixo. O período chuvoso torna a situação ainda mais dramática, tendo em vista às precárias condições de escoamento da água, falta de pavimentação e buracos, dificultando o acesso das pessoas à comunidade. A desnutrição ainda persiste, doenças de pele também são comuns, bolhas com secreção purulenta e escoriações são visíveis a olho nu. A inadequada alimentação e nutrição traduzem-se em baixa imunização que, por sua vez, tem como consequência doenças graves que já foram praticamente erradicadas da sociedade (CORREIA, 2011). As carências ao nível da habitação, educação, emprego, entre outros, influenciam de forma pertinente a saúde, pois são fatores determinantes para o bem-estar e para a qualidade de vida de uma população (TEIXEIRA, 2008). Neste sentido, os grupos socioeconômicos mais desfavorecidos apresentam características que os tornam ainda mais susceptíveis a uma saúde precária.

Associado à discriminação persistente nos serviços de saúde e a incidência de doenças, como micoses,

infecções do trato superior, hepatite, tuberculose, consumo e tráfico de drogas, colocam essas comunidades em situação de grande vulnerabilidade social. Importa saber que, qualquer intervenção com estas comunidades tem que ter em conta, antes de tudo, suas especificidades culturais, sociais e econômicas identificando quais dificuldades persistem à sua inserção nos serviços de saúde (ANDRADE JÚNIOR, 2013). Qualquer estratégia de saúde eficaz, deverá conhecer seu *modus operandi*, as suas representações e percepções, visto que estes aspectos vão influenciar de forma decisiva o processo de cuidado.

Muitas vezes, a comunidade cigana não consegue recorrer aos serviços de saúde que os possam ajudar, visto que os serviços não estão preparados para responder tendo em conta as especificidades desta etnia. Sendo as mulheres ciganas as que tradicionalmente se encarregam de cuidar das questões de saúde, todo o trabalho que se realize com elas tem um efeito multiplicador que se repercute nos restantes membros familiares. As mulheres ciganas são responsáveis pela manutenção de parte da cultura que abarca a saúde de sua família, dando preferência a medicina tradicional, optando pelo uso de plantas e ervas medicinais para curar patologias mais

frequentes na comunidade (MONTEIRO, 2015; MONTEIRO, 2019; GOLDFARB, 2017)). Nota-se que os serviços de saúde, por não estar preparados para atendimento ao povo cigano que são proprietários de características peculiares, pela visão que eles impõem sobre o processo saúde-doença-cuidado, representado por suas práticas alternativas e as visões diferente das que a sociedade em geral acredita, implica na necessária mudança de paradigma das equipes de saúde.

Pela sua visão de mundo integrada ao ambiente, os calons são educados a fazerem essa troca com a natureza, estado atentos para as percepções do tempo, clima, solo, ervas, o que pode ser traduzido como uma sensibilidade aguçada, são donos de segredos misteriosos que atribuem ao mundo metafísico. A cartomancia e a quiromancia são práticas que envolvem esse conhecimento. Com a ajuda dos ramos verdes, rezas catolicistas e devoção em santos denominados protetores é realizado o ritual de cura. A reza é considerada uma munição para conter algum mal, evitar e curar doenças físicas e espirituais com elementos do universo do catolicismo (SANTOS, 2009).

Os limites de um atendimento que assegure a humanização das mulheres ciganas, faz com que em muitas situações nas quais acompanhamentos pelos profissionais de saúde mostrar-se-iam como fundamentais deixem de acontecer. Sobre o exame citopatológico é observado que há dificuldades para sua realização. Nesses casos, o pouco acolhimento dos trabalhadores de saúde, a pouca compreensão do contexto de vida, hábitos, crenças e valores ciganos, limitam a procura pelo exame. Segundo o relatório sobre Povos Ciganos, a gravidez não é habitualmente motivo de consulta, embora cada vez mais mulheres ciganas o façam nos primeiros meses para confirmar se estão grávidas e no final para verificar se está tudo bem (BRASIL, 2016). Mas é verificado que entre mulheres calons (MONTEIRO, 2019) as gestantes buscam fazer acompanhamento de pré-natal com profissionais de saúde que já sejam conhecidos e que outras calons já tenham sido acompanhadas.

Com o funcionamento padronizado, os serviços de saúde têm dificuldade em chegar a estes grupos minoritários ou têm comportamentos mais repressivos, excluindo de tomar algumas atitudes e aumentando a desconfiança mútua (FIGUEIREDO, 2012). Da parte dos

ciganos, as dificuldades de articulação com os serviços de saúde se revelam na insatisfação com o funcionamento e capacidade de resposta desses serviços e a inadequada utilização dos recursos de saúde por parte das comunidades ciganas. Muitas vezes estas comunidades desconhecem como utilizar os diversos serviços de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ensaio buscou problematizar as complexidades que envolvem o cuidado em saúde de uma comunidade de etnia Calon de Sousa-PB. Observou-se que a situação de saúde das comunidades ciganas é claramente precária. A presente situação está mais relacionada com a falta de igualdade em termos de oportunidades para a vida e para o acesso aos serviços de saúde do que com questões de ordem genética das comunidades ciganas.

A resistência em procurar os serviços de saúde da comunidade cigana sousense tem relação intrínseca com a cultura organizacional destas instituições, tendo em vista que são culturalmente inadequadas à população cigana, já que não conseguem lidar com os principais problemas de

saúde, nem reconhece e respeita a sua identidade cultural. Percebe-se que o preconceito se faz presente nestes serviços, por meio da existência de um conjunto de ideias pré-concebidas e generalizadas que influenciam negativamente o cuidado a população cigana, como por exemplo: os ciganos são um povo marginalizado, a população cigana é uma ameaça para os serviços de saúde, não se pode oferecer um tratamento específico às comunidades ciganas. Tais concepções provocam numerosos conflitos que surgem quando as pessoas ciganas buscam os serviços de saúde.

Concluímos que os processos de exclusão e marginalização social ao dificultar o acesso e a utilização dos ciganos aos serviços de saúde, impõe uma barreira de acesso subjetiva que complexifica e limita ainda mais o cuidado a essa população. Como sugestão, refletimos sobre a necessidade de promover junto aos trabalhadores da rede de serviço de saúde de Sousa, a promoção e cultivo de atitudes pró-ativas tendo em conta a diversidade cultural e a inclusão da diferença que deverão ser elementos transversais nas ações e atitudes dos trabalhadores de saúde. Tais aspectos precisam estar

sintonizados com a cultura cigana, por meio de iniciativas bem planejadas e com condições de continuidade.

Além disso, faz-se necessário pensar estratégias, recomendações e orientações para os serviços, trabalhadores de saúde e comunidade cigana, no sentido de proporcionar rede de serviços culturalmente adequada às etnias ciganas, de modo a responder suas necessidades, bem como respeitar sua identidade cultural. Ressalta-se que ao diminuir as desigualdades na oferta de saúde das comunidades ciganas, repercutirá na diminuição de possíveis conflitos entre trabalhadores e comunidade. Para tanto, atentar para aspectos como: qualificação dos ciganos para o auto cuidado e buscar o uso adequado dos serviços de saúde; monitoramento dos problemas de saúde mais frequentes para avaliar incidências e planejar estratégias para prevenção e promoção desses agravos; articular parcerias entre os serviços de saúde e as ONG que trabalham com estas comunidades para sensibilização e informação sobre as questões gerais de saúde; colaboração e articulação intersetorial e multidisciplinar dos profissionais fomentando o trabalho em rede; incentivar a intervenção fora das unidades básicas de saúde, promovendo ações e atividades dentro da própria

comunidade cigana; flexibilidade e simplificação dos procedimentos e das regras de funcionamento do serviço (atenção básica), focando na humanização, na gestão dos espaços/salas de espera; formação específica sobre as características e os aspectos culturais da comunidade cigana, de preferência com elementos da própria comunidade; identificar os ACS do território de abrangência de forma a conseguir um acompanhamento mais próximo e uma relação de confiança com a comunidade.

Trazendo o desenvolvimento da competência cultura para discussão, podemos enfatizar a importância da valorização da diversidade e singularidade das culturas dos diversos grupos, etnias, povos, como base para relações de grupos, comunidades, constituindo-se uma dimensão fundamental da formação de estudantes da área da saúde considerando todas as categorias profissionais para uma produção de cuidado em saúde visando a diversidade e singularidades das comunidades. Aqui ressaltamos a comunidade cigana, objeto desse estudo. Também é importante que a comunidade cigana participe, interaja, compreenda e se comunique com os profissionais (principalmente da saúde), para que possa ser ofertado um

cuidado de forma integral e qualificado respeitando as particularidades da sua cultura. Nesse sentido a Educação Popular em Saúde constitui-se uma abordagem importante nos processos de formação ao incluir a amorosidade, a humanização, o diálogo e o respeito aos saberes populares.

6. REFERÊNCIAS

ANDRADE JÚNIOR, L. *Os ciganos e os processos de exclusão*. Revista Brasileira de História, v. 33, n. 66, p. 95-112, out. 2013.

BRASIL, *Ciganos: documento orientador para o sistema de ensino*. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão – SECADI; Ministério da Educação – MEC. Brasília/DF: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Internacional Maylê Sara Kalí. *Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano / Brasília*, 2016.

CORREIA, Maria. Fernanda. Rimão. *Cultura cigana e sua relação com a saúde*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem- Maria Fernanda Reimão Correia- PORTO- PT. 2011.

COSTA, Elisa. ROLIM, JUAREZ. José, Daniel. *Redução das desigualdades em saúde nas comunidades ciganas no Brasil: subsídios para a discussão*. Brasília: AMSK/Brasil, 2014.

CUNHA, Jamilly, *Ser cigano: etnicidade, identidade e essencialismo*. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2015.

DANTAS, vera Lúcia de Azevedo.; PARO, César. Augusto.; CRUZ, Pedro José Santos. *Educação Popular em saúde, arte e múltiplas linguagens*. Revista de Educação Popular, v. 1, p. 298-311, 2020.

DECRETO nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. *Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais* (PNPCT).

FIGUEIREDO, F. S. *Calon história e cultura cigana*. 2 ed. 46p. João Pessoa-PB. 2012.

FERRARI, Florência. *O mundo passa: uma etnografia dos Calon e suas relações com os brasileiros*. 2010. 380f. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, 2010.

FONSECA, Cláudia Bomfim da. *A Dança Cigana: a construção de uma identidade cigana em um grupo de camadas médias no Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado em Antropologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

GOLDFARB, Maria Patrícia Lopes. *Memória e etnicidade entre os ciganos Calon em Sousa-PB*. João Pessoa: Editora da UFPB, 2013 (Coleção Humanidades).

____, Maria Patrícia Lopes. “*O Tempo de Atrás*”: um estudo da construção da identidade cigana em Sousa - PB. Tese de doutorado em Sociologia. Universidade Federal da Paraíba, 2004.

GUIMARÃIS, M. T. S. *O associativismo transnacional cigano: identidades, diásporas e territórios*. Tese (Doutorado) – Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, 2012.

LORIVAL JÚNIOR, A. *Os ciganos e os processos de exclusão*. Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 33, nº 66, p. 95-112-2013.

MINAS GERAIS. Coordenadoria de Inclusão e Mobilização Sociais (CIMOS). Ministério Público de Minas Gerais (MPMG). *Direitos dos Povos e Comunidades Tradicionais*. Belo Horizonte: MPMG, 2014.

MONTEIRO, Edilma do Nascimento J. Monteiro. *As crianças calon: uma etnografia sobre a concepção de infância entre ciganos no vale do Mamanguape-Pb*. Dissertação de Mestrado em Antropologia. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

MONTEIRO, Edilma do Nascimento Jacinto.; GOLDFARB, Maria Patrícia Lopes. *A infância Calon: notas sobre “o ser criança” entre os ciganos no Vale do Mamanguape-PB*. Fragmentos de Cultura, Goiânia, v. 27, n. 1, p. 19-29, jan./mar. 2017.

MOONEN, Frans. *Anticiganismo: ciganos na Europa e no Brasil*. Recife: Dhnet, 2011. 3ª edição digital revista e atualizada. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a_pdf/1_fm ciganosousa2022.pdf. Acesso em: 17 de maio 2022.

PEREIRA, Cristina da Costa. *Os ciganos ainda estão na estrada*. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

RANGEL, Maria José; RODRIGUES, Janine Maria Coelho. *A comunidade cigana de Sousa na Paraíba: uma análise da identidade, escolarização e religiosidade frente as novas exigências sociais*. Revista Científica de iniciación a la investigación, v. 4, n. 1, 2019.

SHIMURA, Igor. *Duvelismos: identidade e pluralidade religiosa cigana*. Londrina: Descoberta, 2014.

SIQUEIRA, R. de A. *Os calon do município de Sousa-PB: Dinâmicas ciganas e transformações culturais*. Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Cultural (UFPE), 2012.

SILVA, Rosicleide Alves da. *Os ciganos Calon em Sergipe*. Monografia de Bacharelado em Serviço Social. Universidade Federal de Sergipe, 1999.

SANTOS, Cláudia da Silva. *Rezadeiras: guardiãs da memória*. Bahia, V ENECULT, 2009.

SOUZA, V. K. de A. *Entre Laços e Teias: Famílias Ciganas no Seridó*. Natal-RN. 232 f.: il. 2016.

TEIXEIRA, Rodrigo Corrêa. História dos ciganos no Brasil. Recife: *Núcleos de estudos ciganos*, 2008. Disponível em: http://www.etnomidia.ufba.br/documentos/ret_historiaciganosbrasil2022.pdf. Acesso em: 22 de jun. 2022.

DIMENSÕES CONCEITUAIS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

João Victor Bezerra Ramos

Maria Gabriela Medeiros Cunha de Araújo

Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Pedro José Santos Carneiro Cruz

1. INTRODUÇÃO

A Participação Social constitui uma dimensão significativa do processo de construção da saúde, alicerçada constitucionalmente no Brasil, no Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1988. Nas palavras de Avritzer (2009), a Constituição Cidadã estabeleceu, ao todo, 14 princípios participativos para a organização do Estado brasileiro, prevendo a participação da sociedade civil nos processos de construção, de deliberação e de monitoramento das políticas públicas. Com base nesses

princípios, fomentou-se um significativo e multifacetado processo de criação de cerca de cinco mil Conselhos de Saúde (AVRITZER, 2009).

Na atualidade, desenvolve-se no país um amplo e diversificado canal de participação, viabilizados por espaços como os Conselhos de Saúde, os quais, mesmo com limites, podem gerar decisões relacionadas a novas políticas públicas que ampliem o acesso a serviços de saúde (AVRITZER, 2009).

Ao longo das últimas décadas, a participação foi sendo compreendida com diferentes conceituações, desde o âmbito legislativo, como um louvável avanço constitucional, até o próprio ato de controlar e moldar decisões estatais em conformidade com as demandas de determinada região e grupo a qual pertence o segmento envolvido (PEIXOTO *et al.*, 2018).

Trata-se, entretanto, de um processo mútuo de cooperação agregador de parcelas sociais que devem estar intrinsecamente interligadas, isto é, Governo e sociedade, e cuja responsabilização deve constituir-se, indubitavelmente, de modo partilhado, para assim se viabilizar um “fazer parte efetivo” de fato transformador da saúde (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015). A

participação rompe paradigmas: se antes as discussões sobre carências de uma coletividade eram missão exclusiva de gestores, abre-se um debate que funciona como arena para a vocalização das necessidades da população, que, ao integrar o movimento participativo, constrói ainda novos centros de poder (JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014).

Ademais, é prudente, desde o início deste artigo, reconhecer a postura interativa dos usuários em saúde no sentido das conquistas para além do autocuidado, porque a aquisição de consciência e de poder sobre o corpo e sobre a realidade circundante gera não só uma postura ativa de atuação com benesses pessoais mas, sobretudo, contribui para a existência de uma defesa dos direitos coletivos (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015). Participar é, portanto, e acima de tudo, exercer cidadania de modo democrático.

De acordo com Avritzer (2009), são escassos, ainda, estudos, pesquisas e publicações que aprofundem esforços reflexivos sobre a dimensão da Participação Social em saúde. Em termos gerais, a literatura ainda é incipiente quanto à abordagem do ponto de vista teórico-conceitual da participação na saúde. Por isso, buscamos analisar a

inserção dessa temática no âmbito dos serviços de saúde no nível da Atenção Primária à Saúde (APS).

Assim, visamos analisar a situação do debate acerca da participação no primeiro nível de Atenção à Saúde. Desse modo, ou seja, por meio de análises críticas e sínteses em relação ao uso dos termos “participação popular”, “participação social” e “participação da comunidade”, propomo-nos a sistematizar conceitos de *participação*. Para tanto, abordaremos o tema em questão em quatro dimensões, que serão desenvolvidas ao longo do texto.

2. METODOLOGIA

No que diz respeito aos caminhos metodológicos, optou-se pela revisão integrativa da literatura publicada. Tal abordagem consiste em "uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível" (GREENHALGH, 1997, p. 672).

Utilizamos como fonte de pesquisa a base de dados *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. A busca foi

feita a partir de três descritores, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “participação popular”, “participação comunitária” e “participação social”, num recorte temporal de 2014 a 2018, período correspondente aos últimos cinco anos a partir do início da pesquisa. A pergunta norteadora da revisão foi “Quais os conceitos que estão sendo utilizados na literatura sobre a Participação Social?”.

Os resultados encontrados em cada ano foram filtrados a partir dos descritores “Brasil” e “Saúde”. Em seguida, procedemos à leitura do título e do resumo dos artigos encontrados e selecionamos aqueles que se concentravam no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS). Assim, foram incluídos aqueles artigos a respeito da temática produzidos/publicados no Brasil e na área da saúde bem como relacionados ao campo da APS, mas excluídos aqueles sobre participação popular na Saúde, no que tange à atenção secundária ou terciária, ou em outros âmbitos, como no caso da educação. Foram consideradas todos os tipos de publicação encontrados no período de tempo determinado, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Desenvolvemos a análise dos artigos na perspectiva da metassíntese qualitativa, a qual constitui, segundo Lopes e Fracoli (2008, p. 774),

uma integração interpretativa de resultados qualitativos que são, em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados,(sic) bem como outras descrições, coerentes e integradas, ou explicações de determinados fenômenos, eventos, ou de casos que são as marcas características da pesquisa qualitativa⁴. Tais integrações vão além da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados. Essas interpretações não podem ser encontradas em nenhum relatório de investigação, mas são inferências derivadas de se tomar(sic) todos os artigos em uma amostra, como um todo.

Efetuamos, então, uma leitura ativa de forma a, mediante a utilização dos descritores acima citados, subsidiar uma interpretação das dimensões conceituais acerca da *participação social em saúde* conforme constam na produção científica da área.

3. RESULTADOS

Os resultados numéricos desse levantamento estão representados no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1. Levantamento dos artigos de 2014 a 2018

Ano	Dimensões	Participação Popular	Participação da Comunidade	Participação Social
2014	TOTAL	31	2	69
	BRASIL	17	0	41
	SAÚDE	8	0	19
	APS	4	0	6
2015	TOTAL	12	13	62
	BRASIL	10	5	36
	SAÚDE	4	4	20
	APS	2	1	4
2016	TOTAL	16	7	90
	BRASIL	9	4	53
	SAÚDE	6	3	39
	APS	5	3	17
2017	TOTAL	9	9	65
	BRASIL	5	6	38
	SAÚDE	2	5	22
	APS	2	3	10
2018	TOTAL	8	0	20
	BRASIL	6	0	15
	SAÚDE	3	0	5
	APS	3	0	3

Fonte: Os autores (2023).

Considerando o período de 05 anos, foram encontrados 140 artigos que tiveram seus títulos e resumos lidos; foram excluídos aqueles que não tratavam da APS. Após isso, totalizaram-se 63 artigos selecionados

entre as três palavras-chave consultadas; contudo, o número final que correspondeu à fonte empírica de nosso estudo consistiu de 59 artigos, após a remoção dos duplicados.

Em uma primeira aproximação com as dimensões conceituais evidenciadas nos artigos pesquisados, destacamos, na tabela abaixo, as principais ideias relativas à participação social extraídas dos textos analisados.

Quadro 2. Primeira interpretação conceitual

Ideias em relação à Participação Social
Participação popular, como a postura ativa de atuação dos usuários nas ações de Educação em Saúde propostas por determinada equipe.
Consiste na inserção da população nos Serviços de saúde e no próprio cuidado individual, mediante a utilização da fitoterapia, de maneira a estimular a autonomia dos usuários.
Mediante discussão, formulação, produção e apresentação de demandas pelo direito à Saúde, pela população, concretiza-se um louvável processo de luta democrática.
A participação popular implica: i) modificar o estigma de que a gestão de saúde pertence unicamente aos indivíduos ocupantes deste cargo; e ii) pensar no usuário também como protagonista dessa responsabilidade.
Pensar em participação social demanda considerar o poder intrínseco a esse princípio oportunizado legalmente.
Um processo social vasto e ao mesmo tempo transformador, porque o indivíduo passa a adquirir poder e ciência sobre as escolhas acerca do próprio bem estar.

É uma postura que possibilita a inspeção das ações estatais no âmbito da Saúde.
Trata-se de algo intrínseco à vida social dos indivíduos.
Não significa representatividade, porque nem sempre os representantes dos usuários conseguem, de fato, representar as necessidades de toda a população e, sobretudo, dos setores sociais mais desfavorecidos.
Mecanismo de fiscalização e verificação sobre a execução adequada das ações em Saúde.
Já que consiste em um princípio do SUS, a participação popular quando efetivada na prática fortalece tal sistema.
Algumas formas de concretização da participação popular se dão, há muito, no sentido de desconcentrar o poder e distribuí-lo à sociedade, para que ela debata acerca de suas necessidades características.
A participação popular é vista de forma positiva, como um meio de introduzir o próprio usuário do Serviço dentro das decisões daquilo de que ele próprio vai usufruir. É a influência da comunidade na tomada de decisões a respeito do Serviço de Saúde.
Espaços participativos do SUS, sendo próximos da população.
A participação social é vista como um espaço de voz da sociedade.
Baseia-se na participação da população no desenvolvimento político e social, juntamente com o Governo.
O estímulo à participação transformou-se em um elemento central para a democratização e efetividade das políticas públicas.
A participação se fundamenta em um processo inerente ao desenvolvimento social.
É dever do Estado instituir mecanismos de acesso à participação individual e comunitária.
A participação é uma expressão da potência humana que evidencia as atitudes do sujeito diante do mundo.
A gestão democrática deve ser alcançada através da construção da relação Estado/Sociedade.

Uma das maiores mudanças na saúde da sociedade brasileira em relação ao SUS.
Formulação e controle social de ações políticas.
Parte das políticas públicas.
Um dos componentes da Atenção Primária à Saúde.
Conselhos Locais de Saúde como fóruns abertos, dando direito à voz e ao voto.
Espaço de tomada de decisões.
Diretriz do SUS.
Tornar os Conselhos visíveis, para aumentar a participação popular.
Múltiplas ações, para auxiliar as políticas públicas e os serviços básicos em Saúde.
Melhoria da qualidade de vida, trabalho e saúde.
Preceito constitucional, a fim de garantir controle social à população.
Empoderamento da população.
Participação popular de pais, para verificar se as escolas são promotoras de saúde.
Participação como ações educativas, para combater as vulnerabilidades.

Fonte: Os Autores (2023).

Com base na leitura crítica dos resultados, procedemos a um esforço de síntese dos aspectos apreendidos, o que levou às ideias sistematizadas no Quadro 3 a seguir:

Quadro 3

- Uma das diretrizes do SUS, regulamentada pela lei nº 8.142.
- Uma conquista constitucional, que deve ser pautada na responsabilização e na vigilância, além da ideia de compromisso e efetividade com o bem comum.
- Espaços públicos de participação popular organizada e articulação entre governo e sociedade, ante a responsabilização partilhada que passa a requerer dos sujeitos envolvidos um "fazer parte efetivo" no processo de desenvolvimento político e social, sendo parte constituinte das políticas públicas.
- Integração entre estado e sociedade, a fim de defender os direitos da coletividade e garantir um maior comprometimento do governo.
- Um empoderamento da população e emancipação de sujeitos, dando-lhes direito a vez, voz e voto, de modo a construir novos centros de poder.
- Um significativo movimento pela melhoria das condições de vida, trabalho e saúde que se fortaleceu no Brasil.
- Consiste em utilizar os direitos humanos como critério fundamental, para identificar e combater as diversas vulnerabilidades, não como técnicos ou cientistas, mas como pessoas que vivem os problemas.
- Postura ativa de atuação dos usuários não só nos serviços e ações de educação em saúde,(sic) mas também no próprio cuidado individual.
- Trata-se de algo intrínseco à vida social; o conceito transita entre movimento social, militância, cultura, atuação nas instâncias de controle social e participação nas conferências de saúde.
- Muitas ações que várias forças sociais desenvolvem para influenciar formulações, execuções, supervisões e avaliações das políticas públicas e serviços básicos no campo social, e é parte do campo de promoção à saúde.

Fonte: Os Autores (2023).

Ainda a partir do Quadro 3, foi realizada uma terceira sistematização, com base no que reunimos de conceitos e noções similares entre si e que dizem respeito à Participação Social. Concentramos, então, essa sistematização em 4 dimensões:

- Princípio orientador das políticas, das ações e dos serviços do SUS, garantido por espaços institucionalizados.
- Espaço de interlocução e de comunicação entre atores do governo e da sociedade civil organizada.
- Espaço de exercício do protagonismo e do empoderamento pelos atores sociais e seus movimentos, grupos, coletivos, organizações e experiências.
- Postura pró-ativa das pessoas no autocuidado, no cuidado comunitário e no apoio social.

4 DISCUSSÃO

A partir da análise dos artigos, chegamos a quatro vertentes principais no que se refere aos aspectos conceituais da Participação Social em saúde, contemplada, cada uma delas, nos itens a seguir.

a) Participação social como princípio orientador das políticas, das ações e dos serviços do SUS, garantido por espaços institucionalizados

Podemos destacar que a maioria dos resultados expressa o conceito de Participação Social na perspectiva de um processo de “deliberação sobre o conteúdo de uma política pública ou no controle sobre o atendimento prestado na área da saúde” (AVRITZER, 2009, p. 151). Essa Participação deve ser entendida como a dimensão legal, institucional e constitucional da política de saúde, no sentido da proposição, deliberação, monitoramento e acompanhamento das ações e serviços sanitários.

Nessa direção, a Participação Social se traduz, preponderantemente, em um princípio que é assegurado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde – 8.080/90 e 8.1242/90 –, tendo suas instâncias de participação, quais sejam os Conselhos e as Conferências de Saúde, estabelecidas nas três esferas governamentais; a participação pode, ainda, ser visualizada como uma conquista constitucional, pautada na vigilância.

Vale destacar que os Conselhos de Saúde são entidades do SUS em cada esfera do Governo (federal, estadual e municipal). “Os conselhos são estratégias institucionais que objetivam a Participação Social e abrem as portas do SUS à sociedade civil organizada” (SOUZA,

2012, p. 13). Já as Conferências de Saúde são fóruns de debate, tendo como fim a avaliação da qualidade da oferta da saúde no Estado, pois alguns dos objetivos das Conferências são confirmar o correto, modificar o errado e construir corretamente o novo (CARVALHO, 2007).

Neste sentido, é, segundo Schimith (2017, p. 169),

interessante reiterar que a participação popular na gestão da saúde é um preceito constitucional que deve ser estimulado pelos governantes, de modo a assegurar o comprometimento dos gestores públicos com a implementação de ações, programas e demais projetos referentes à saúde. Com isso, o papel do controle social na gestão do SUS está pautado na responsabilização e vigilância – e também na ideia de compromisso e efetividade com o bem comum.

Além disso, a garantia constitucional da participação popular assegura ao SUS utilizar os Direitos Humanos como critério fundamental para identificar e combater as diversas vulnerabilidades do sistema (AYRES, 2002). A população tem poder nesse controle, podendo moldar as ações do SUS de acordo com as demandas e problemas a que está sujeita.

Dentre os mais prementes desafios no atual debate sobre participação está, contudo, a sua dimensão nos

espaços formais e constitucionais. Para Avritzer (2009, p. 151):

não está claro se os conselhos de fato permitem às associações da sociedade civil participarem do processo deliberativo na área de saúde e (...) não está claro se esse processo gera efetividade deliberativa e suas decisões são seguidas pelo poder público, uma vez que a grande maioria das pesquisas disponíveis consistem em estudos de caso.

Nesse aspecto, é pertinente ponderar que a Participação Social na gestão pública em saúde constitui um processo social essencialmente condicionado pela qualidade da democracia brasileira (LABRA, 2009). Pode-se dizer que, em verdade, uma proporção significativa dos limites identificados, no funcionamento dos Conselhos e das Conferências de Saúde, por exemplo, depende de fatores externos a tais espaços, como as fragilidades do Estado de Direito e, de modo profundo, as persistentes desigualdades socioeconômicas vivenciadas pela maior parte da população (LABRA, 2009).

Labra (2009, p. 200) assevera que “a experiência internacional mostra que a participação da sociedade civil em arenas governamentais de decisão é inerentemente complexa, permeada de dificuldades e sujeita a resultados

não desejados ou mesmo a fracassos”. É pertinente pontuar, porém, que, mesmo em face de tais desafios, a dimensão institucional da participação em saúde mobilizou uma série de experiências, de iniciativas e de processos nos campos prático e político.

Pode-se evidenciar, na trajetória da Participação Social em saúde no Brasil, aprendizados que corroboram os pressupostos de uma concepção não elitista de participação cidadã e, conseqüentemente, de democracia, entre eles:

“a capacidade dos arranjos participativos de renovarem práticas pouco democráticas historicamente arraigadas na cultura de uma determinada região; introdução de novas práticas deliberativas; e introdução de novos atores e de novas práticas na cena política e de transformar práticas políticas historicamente arraigadas” (AVRITZER, 2009, p. 172).

b) Participação social como espaço de interlocução entre atores do governo e da sociedade civil organizada

Para que se tenha a integração entre Governo e sociedade, a fim de defender os direitos da coletividade, é necessário maior engajamento da população nos ambientes de participação, a fim de se ter “responsabilização partilhada que passa a requerer dos

sujeitos envolvidos um ‘fazer parte efetivo’ no processo de desenvolvimento político e social” para que seja construída a articulação entre o Estado e o povo (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015, p. 557).

Infelizmente, a visão da população sobre tal aspecto ainda é limitada apenas aos espaços institucionais de participação, como os Conselhos e as Conferências de Saúde, como se pode perceber nas palavras de Busana, Heidemann e Wendhausen (2015, p. 446):

[...] através dos diálogos foi igualmente possível compreender as diversas dificuldades percebidas pelos representantes. O desconhecimento acerca das responsabilidades do conselho, seus limites e possibilidades surgem como obstáculos à participação. Nesta temática, a desinformação da população em geral sobre os conselhos, o desinteresse e a ausência de grande parte da comunidade nas discussões refletem-se de maneira negativa, fragilizando a atuação do CLS.

Essas concepções tendem a fragilizar os Conselhos Locais de Saúde, pois predomina uma ótica de algo burocrático e como sendo a única forma de fazer participação, já que “a maioria da população desconhece os objetivos, as funções e a atuação do conselho, o que

produz um distanciamento e não participação nas decisões” (CAMPOS *et al.*, 2014, p. 260). Assim sendo, esses espaços são estereotipados e suas potencialidades se diluem. Como consequência, as reais potencialidades desses espaços de participação ficam ameaçadas. Fica claro, portanto, que é necessário fomentar o conhecimento da população no sentido de que os Conselhos sejam mais conectados com as demandas concretas da realidade social e suas determinações, sendo assim também mais efetivos. Ademais, segundo Raimondi *et al.* (2018, p. 77), é preciso considerar

o princípio da participação social, mostrando que todos os indivíduos podem agir em prol da melhoria do SUS, usando mecanismos, até então desconhecidos, como os conselhos de saúde, as conferências e a ouvidoria, que são de suma importância para a manutenção da saúde como um direito e a construção coletiva do SUS.

Fica evidente a importância do diálogo dos gestores com a população para facilitar o entendimento sobre as formas de participação, tanto no que tange às potencialidades e o real significado dos Conselhos e Conferências de Saúde, quanto no que se refere aos outros mecanismos de participação popular.

Avritzer (2009) diz que os processos de relacionamento entre as esferas do Governo e os grupos organizados da sociedade, por meio dos espaços de participação institucional em saúde, vem cultivando uma gramática deliberativa nova, dentro da qual os atores sociais e o Governo podem compartilhar e trilhar ações, propostas e enfrentamentos de forma mais horizontal e democrática.

As experiências participativas de interlocução entre Governo e sociedade para a construção das Políticas Públicas de Saúde ainda enfrentam significativos obstáculos, os quais “não raramente, desvirtuam seus propósitos primordiais e que, em boa medida, derivam das deficiências qualitativas da democracia política e social vigente” (LABRA, 2009, p. 177).

Na acepção de Labra (2009), uma primeira dessas deficiências seria a existência, no país, de espaços de participação institucional que pouco se dedicam a aspectos da prestação de contas e da transparência, tanto nos órgãos fiscalizados como nas próprias gestões internas. Tal aspecto tende a alimentar sentimentos de desconfiança e uma percepção da Participação Social como algo utópico.

A segunda deficiência se refere às limitações dos movimentos sociais e de seus sujeitos, as quais os impedem de cumprir adequadamente as funções de representação a que as organizações sociais têm sido conclamadas. Há poucos cidadãos que se envolvem efetivamente nas questões de interesse comum, sendo solidários, confiantes e tolerantes e se engajando em organizações cívicas que incorporam e reforçam valores como ética, responsabilidade, tolerância etc.

Finalmente, uma terceira deficiência diz respeito às lacunas do SUS, as quais incidem diretamente no engajamento cidadão nos processos participativos. Para muitos, os problemas do SUS são grandes demais para se intervir, ou mesmo as estratégias participativas pouco repercutiriam em mudanças concretas nesse Sistema. As dificuldades de acesso da população aos serviços, as fragilidades da qualidade da atenção, entre muitos outros problemas ainda não superados, geram sentimento de frustração frente a um esforço que, no cotidiano, não produziria os resultados esperados (LABRA, 2009).

c) Participação social como espaço de exercício do protagonismo e do empoderamento pelos atores sociais e

seus movimentos, grupos, coletivos, organizações e experiências

Com o processo de redemocratização do Brasil, desde 1985, culminando com a aprovação da Constituição Cidadã de 1988, pode-se afirmar que o país passou a testemunhar a profusão de diferentes formas de participação, tanto direta como indireta, nas decisões de política pública.

O processo de redemocratização vem garantindo uma permanente provocação para os atores sociais no sentido da reflexão em torno dos desafios inerentes ao aprimoramento e à consolidação da democracia participativa. Como uma das consequências, fortalecem-se também os espaços organizativos e de participação internos aos próprios grupos sociais, seus movimentos, coletivos e demais organizações. Para atuar com qualidade nos espaços institucionais de participação e nas interlocuções com as esferas de Governo, é necessário garantir uma atuação protagônica por parte dos cidadãos e dos vários grupos sociais.

Evidencia-se a participação da comunidade de modo significativo, como empoderamento social no processo decisório, promovendo, assim, a “emancipação

de sujeitos/coletivos com formação de sujeitos eticamente comprometidos com a transformação de sua realidade social” (PARO; SILVA, 2018, p. 488). Esse movimento, portanto, dá vez, voz e voto à população, de modo a criar novos centros de poder, já que se baseia numa descentralização do Sistema, contribuindo para incrementar o debate e as demandas da sociedade que antes eram restritas aos gestores desse Sistema (JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014).

A partir disso, a participação popular pode ser entendida como as muitas ações que várias forças sociais desenvolvem para influenciar nas formulações, execuções, supervisões e avaliações das políticas públicas e serviços básicos no campo social (PARO; SILVA, 2018). De acordo com Busana, Heidemann e Wendhausen (2015),

[...] o empoderamento psicológico ou individual possibilita que os indivíduos tenham um sentimento de maior controle sobre a própria vida, capaz de influenciar e adaptar-se ao seu meio e desenvolver mecanismos de solidariedade. O empoderamento social ou comunitário busca destacar a ideia da saúde como um processo resultante das lutas coletivas por seus direitos. Não nega o psicológico, mas procura destacar a importância de enfrentar as raízes dos problemas sociais.

Nessa direção, os movimentos sociais merecem destaque como uma das mais plenas expressões da participação em saúde na ótica do empoderamento dos indivíduos e das comunidades. Grande parte dos movimentos sociais, desde aqueles de abrangência local até outros com escala nacional, tem enfatizado as questões da saúde, mesmo que elas não sejam o centro de suas atividades.

Para Vasconcelos (2009), um exemplo importante é o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Esse movimento, ao nosso ver, expressa o sentido da dimensão conceitual abordada nesta seção, na medida em que, mesmo com sua significativa força política em nível nacional, não por priorizar a ocupação dos espaços institucionais de participação (por mais que também o faça), mas por criar dispositivos pedagógicos capazes de mobilizar seus membros na construção – em seus acampamentos e assentamentos – de práticas comunitárias de saúde e de processos de cuidado nos serviços de saúde, de forma coerente com os preceitos da qualidade de vida, do bem viver e do respeito à dinâmica social local. Assim, o MST tem buscado reorganizar as práticas desses serviços de saúde em seus territórios,

integrando-os às práticas organizativas locais, através da valorização da fitoterapia, por exemplo, e de outras tecnologias alternativas, tendo clareza das implicações políticas dos formatos técnicos de cada prática em questão.

Eymard Vasconcelos (2009) cita também os movimentos artísticos, os quais vêm protagonizando formas criativas de organização das pessoas em torno de ideias e de demandas, com linguagens e formas de expressão com identidade alicerçada em símbolos do mundo popular. Para o autor, um exemplo marcante é o hip hop. Através de grupos locais, ocorrem rodas com músicas e espaços para compositores, danças e ritmos que configuram, na dinâmica social, canais de construção de identidade, de expressão de interesses e de elaboração de leituras de mundo com novas formas de sociabilidade. Esse autor enfatiza ainda a existência de

vários movimentos organizados por portadores de problemas específicos de saúde (hanseníase, deficiência física, Aids, usuários de serviços de saúde mental, colostomizados, diabéticos) que têm colaborado muito com o questionamento e aperfeiçoamento das práticas tradicionais de atenção, criação de redes de apoio solidário e de intercâmbio, construção e

difusão de informações que julgam importantes (muitas vezes bastante diferentes das informações selecionadas pelos profissionais) e resgate da autoestima dos membros (VASCONCELOS, 2009, p. 284).

É importante destacar, porém, que os sujeitos que atuam mais próximos da lógica institucional do SUS (profissionais de Saúde e gestores) pouco atrelam a perspectiva de Participação Social em saúde a essa noção – a da participação ativa, crítica e criativa das pessoas através de movimentos, coletivos, grupos e experiências sociais concretas, protagonizadas por esses atores do campo popular (VASCONCELOS, 2009).

Compreende-se preponderantemente que o lugar participativo da população na saúde está no exercício do papel de Conselheiros de Saúde, porém não em sua atuação para influir por meio de movimentos reivindicativos e propositivos que ocorrem fora da lógica formal da organização da participação no SUS. Até mesmo nos espaços dos Conselhos e das Conferências, tal fenômeno se expressa, ao ponto que muitos usuários, ao ocuparem esses espaços, passam a se identificar apenas ou principalmente como “conselheiros”, não como movimento, grupo, experiência social, prática

comunitária, ou mesmo como morador de bairro. A identidade passa a ser *o Conselho* – o esforço institucional de participação –, e não o lugar social de base das pessoas.

A concepção de *participação social em saúde* como dispositivo para o empoderamento das pessoas se expressa principalmente pela atuação decidida dos Movimentos Sociais e de seus sujeitos em, claramente, se recusarem a simplesmente exercer o tradicional controle social, pela intervenção na gestão, pela reivindicação de mais recursos e pela demanda de novos serviços. Fundamentalmente, a marca dessa dimensão conceitual está na insistência dos Movimentos Sociais “em participar da redefinição das várias práticas técnicas de tratamento e promoção da saúde e em organizarem iniciativas próprias, com grau significativo de autonomia em relação às instituições de apoio” (VASCONCELOS, 2009, p. 284).

d) Participação social como postura pró-ativa das pessoas no autocuidado, no cuidado comunitário e no apoio social

Considerando os aspectos conceituais historicamente construídos na literatura sobre Participação Social em saúde, inclusive conforme presentes em obras clássicas da área, dentre os conceitos

apresentados nos últimos 5 anos, possivelmente seja esse o mais novo e até inusitado. Ora, é consenso compreender a Participação Social por seus espaços institucionalizados no SUS, como dimensão de interlocução e de comunicação entre atores do Governo e da sociedade civil organizada e até como exercício do protagonismo e do empoderamento dos atores sociais.

Ao analisar os textos encontrados, todavia, encontrou-se um elemento inovador: a compreensão de Participação Social como uma postura ativa e propositiva de cuidado das pessoas consigo mesmas, com sua comunidade e com os sujeitos que transitam em torno de suas redes de apoio social. A Participação Social pressupõe não só a inserção da população nos serviços de saúde mas também no próprio cuidado individual, na direção do estímulo à autonomia dos usuários do SUS (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014).

Pela análise dos resultados encontrados, pudemos evidenciar que alguns autores abordam a participação como algo que extrapola as arenas políticas de embate, de diálogo e de negociação das pessoas com a gestão do SUS. Em verdade, enxerga-se a participação como exercício crítico e reflexivo, por parte das pessoas, coletivamente, na

construção de bases, de horizontes e de procedimentos coerentes com a constituição de condições para a qualidade de vida e para a busca do bem viver, ou seja, como um processo pedagógico permanente de aprender a cuidar de si diante das permanentes turbulências da dinâmica social.

Nessa perspectiva, extrapola-se também esse cuidado de si para o cuidado com o outro, tanto no âmbito local, quanto no espaço comunitário, por meio de uma perspectiva pautada pelo apoio social. “A participação comunitária deve ser entendida como processo social amplo e transformador, e não como mero instrumento de intervenção do Estado para atingir metas específicas” (BISPO JUNIOR; MARTINS, 2014, p. 441).

Assim, é notável a importância da participação popular não apenas para a construção de políticas públicas que irão favorecer toda a sociedade, em especial o território em que esta está inserida, mas também para a constituição de um cuidado individual e coletivo, promovendo, dessa forma, saúde. A ideia de autocuidado remete à capacidade de o indivíduo ter maior controle sobre si e poder interferir nos processos de construção de sua saúde com uma postura ativa.

A perspectiva de Apoio Social em Saúde foi vastamente estudada e fundamentada por Victor Valla (1999) como um esforço para compreender as formas menos estruturadas de organização social e quanto essas formas, no cotidiano das classes populares, têm um papel significativo para os processos de cuidado em saúde, para o enfrentamento da dor e para a promoção da qualidade de vida. Com isso, Valla (1999) explicitou as muitas práticas solidárias de saúde que acontecem cotidianamente nas comunidades – tanto no seio das famílias, como nas redes de parentesco, entre vizinhos, nos grupos religiosos, nas iniciativas culturais e esportivas de caráter local, entre colegas de trabalho, nos grupos de filantropia e nas ações voltadas aos cuidados de saúde de cada comunidade (VASCONCELOS, 2009).

Pelo apoio social, evidencia-se uma perspectiva de Participação Social em Saúde, que se dá pela dedicação das pessoas em cuidar do outro e da comunidade, em espaços promotores de conversas, reuniões e celebrações, os quais são, no mundo popular, “espaços centrais de elaboração dialogada de sentidos e entendimentos para o que está acontecendo na crise da doença” (VASCONCELOS, 2009, p. 280). Incluem também práticas sociais e comunitárias

informais empreendidas por mães, vizinhas, amigos e conhecidos no dia-a-dia da vida local.

É pertinente destacar que a dimensão do apoio social e do alimento às redes locais e comunitárias de solidariedade pode emergir como resultado também da interação entre os protagonistas dos espaços de Participação Social em Saúde – tanto aqueles não institucionais, como os formalmente previstos, como Conselhos e Conferências. Ora, nesses espaços são criados contextos de encontro de homens e de mulheres que, em interação e em escuta recíproca, podem produzir coletivamente atitudes e redes de solidariedade por meio da construção paulatina de identidades comuns, “agregando grupos sociais que passam a agir como sujeitos políticos coletivos, com perspectivas e construções próprias, reivindicando reconhecimento, direitos, redistribuição de riquezas e de poder perante as estruturas de interesses dominantes na sociedade e no Estado” (LABRA, 2009, p. 252).

4.1 Uma síntese conceitual

Considerando o processo de pesquisa oportunizado pelo levantamento de produções sobre o tema da

Participação Social em saúde, podemos apreender que essa categoria constitui uma atitude pró-ativa das pessoas ligadas ao autocuidado, ao cuidado comunitário e ao apoio social. Tal comportamento tanto é alimentado como garantido pelas pessoas das comunidades, pelo fato de consistir em um princípio orientador das políticas, das ações e dos serviços do SUS, assegurado por espaços institucionalizados.

No cotidiano dos serviços de saúde, a participação se expressa pelas arenas de debate, de diálogo e negociação entre atores do Governo, profissionais de saúde e sociedade civil organizada. Sua base ética deriva, fundamentalmente, da intencionalidade em se cultivar um espírito democrático na atuação dos cidadãos de nosso País. Por isso, a Participação Social em Saúde se expressa centralmente como um espaço de exercício do protagonismo e do empoderamento pelos atores sociais e seus movimentos, grupos, coletivos, organizações e experiências.

A Participação Social tem duas dimensões fundamentais: a política e a pedagógica. A política se expressa na medida em que, em última análise, a Participação Social em Saúde enseja o exercício da partilha

do poder e o reconhecimento do direito das pessoas usuárias do SUS a interferir de maneira permanente nas decisões de condução dos serviços e de gestão das políticas (MORONI, 2009). Os espaços de participação podem alimentar o estabelecimento e a consolidação de caminhos através dos quais as aspirações e as necessidades dos diferentes segmentos da população sejam vocalizadas no espaço público.

Quanto à dimensão pedagógica, cabe considerar que todas as pessoas envolvidas tendem a aprender, na medida em que os espaços de participação em saúde oportunizam a elaboração e aprimoramento de estratégias para expressão dos desejos e necessidades, para construir argumentos que sustentem os pleitos e demandas voltados às propostas viáveis e também úteis ao aprimoramento das ações e dos serviços; elas também aprendem pela chance de poder ouvir outros pontos de vista e, diante desses, reagir, debater e chegar ao consenso, ou observar os conflitos e tensões para sobre eles poder atuar (MORONI, 2009).

Vasconcelos (2009) chama a atenção para o fato de que a insistência dos Movimentos Sociais e das Redes Locais de Apoio Social em atuarem criativa e

propositivamente, nas práticas e nos serviços de saúde, tem sido pouco reconhecida e valorizada no debate sobre Participação Social em saúde. Diante disso, é oportuno não perder de vista que a priorização dessa participação pelas “lógicas e interesses presentes nas práticas técnicas dominantes nos serviços de saúde” (VASCONCELOS, 2009, p. 287) pode, muitas vezes, esvaziar a potente possibilidade que trazem as “dimensões de solidariedade, amorosidade e autonomia entre pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde” (VASCONCELOS, 2009, p. 287).

A Participação Social em Saúde deve, em última análise, subsidiar uma construção compartilhada do processo de cuidado e de gestão em saúde, com base na qual os processos comunicativos de diálogo, de negociação e de deliberação entre os atores do SUS (usuários, profissionais e gestores) não se restringirá à dinâmica dos serviços de saúde, mas envolverá aspectos da vida como

justiça, integração e respeito ao meio ambiente, valorização das dimensões subjetivas profundas das pessoas e democratização sem fim das relações sociais no mundo da economia, nas famílias, comunidades, instituições e organizações civis. Não basta investir na democratização da gestão das políticas de saúde; é preciso investir, também, nas relações sociais que

criam condições para a saúde acontecer na vida das pessoas (VASCONCELOS, 2009, p. 287).

Assim, enquanto a garantia constitucional dos espaços formais de Participação Social em Saúde precisar ser defendida, torna-se necessário apoiar outras concepções dessa Participação Social para além dos espaços institucionalizados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compilação dos estudos sobre o conceito de participação da comunidade, social e popular trouxe a construção de um consenso, ao longo dos anos, sobre a importância da presença coletiva e individual dos usuários no processo de resolução, ampliação e gestão dos serviços de assistência à saúde na APS, sendo, portanto, a Participação Social dimensão imprescindível para o empoderamento dos sujeitos no desenvolvimento da promoção da sua própria qualidade de vida. Isso reflete a participação da comunidade como uma ferramenta que permite a criação de uma escultura, de domínio público, e em cuja moldagem todos têm o poder de interferir de forma democrática. Assim, a saúde, em um dado território,

está sujeita ao modelamento e caracterizações da realidade na qual ela se insere, tornando a prestação dos serviços aos usuários mais resolutivos.

Apesar de tal entendimento, é notável, ainda, a falta de clareza nos textos analisados sobre os conceitos de Participação Social em Saúde, o que restringe a sistematização dessas observações e a identificação da importância de uma sociedade participante no desenvolvimento dos cuidados em saúde na APS. Dessa forma, urge a ampliação dos estudos sobre o tema para a construção do pertencimento social nas decisões ligadas à sua realidade.

6. REFERÊNCIAS

AVRITZER, Leonardo. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 151-174, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.

BISPO JUNIOR, José Patrício; MARTINS, Poliana Cardoso. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde.

Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, Sept. 2014.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Popular participation in a local health council: limits and potentials. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, Jun. 2015.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, Oct. 2014.

CARVALHO, G. C. M. de. **Participação da Comunidade na Saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.

FIGUEREDO, Climério Avelino de; GURGEL, Idê Gomes Dantas; GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

GONÇALVES, Crhistine Cavalheiro Maymone; BOGUS, Cláudia Maria. Participação Social, Planejamento Urbano e Promoção da Saúde em Campo Grande (MS). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 617-640, Aug. 2017.

GREENHALGH, T. **Papers that summarise other papers** (systematic review and meta-analyses). *BMJ*. 1997 Sep; 13(315):672-5.

JURBERG, Claudia; OLIVEIRA, Eloy Macchiute de.; OLIVEIRA, Eloiza da Silva Gomes de. Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2014, vol.19, n.11, pp.4513-4523. ISSN 1413-8123.

KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 556-567, Jun. 2015.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. *In*: FLEURY, S.; LOBATO, L.V. C. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 176-203.

LOPES, Ana Lúcia Mendes; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-778, Dez. 2008.

MORONI, J. A. O Direito à participação no Governo Lula. *In*: FLEURY, S.; LOBATO, L.V. C. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 248-269.

PARO, César Augusto; SILVA, Neide Emy Kurokawa e. Teatro do oprimido e promoção da saúde: tecendo

diálogos. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 471-493, Aug. 2018.

PEIXOTO, Marcus Valerius da Silva et al. Análise da participação popular na política de atenção à saúde da pessoa com deficiência em Aracaju, Sergipe, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1099-1110, 2018.

RAIMONDI, Gustavo Antonio *et al.* Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 73-78, Jun. 2018.

SCHIMITH, Maria Denise *et al.* Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia saúde da família: impactos em Santa Maria (RS). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 163-182, Apr. 2017.

SOUZA, Jomilton Costa. **Avaliação da implementação da política ParticipaSUS com foco na estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2012.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. suppl 2, p. S7-S14, 1999.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. *In*: FLEURY, S.;

LOBATO, L. V. C. (org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 270-88, 2009.

PERFIL DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE NO NORDESTE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE DO CICLO DE GESTÃO 2017-2020

Karlla Dannielle da Silva Guedes

André Luis Bonifácio de Carvalho

Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade Silva

Assis Luiz Mafort Ouverney

Nádia Maria da Silva Machado

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 propôs a descentralização do Sistema de Saúde, o que torna a gestão do sistema uma responsabilidade compartilhada pelos três entes federativos (União, Estados e Municípios), respeitando a autonomia dessas esferas e a consensualidade das decisões (BRASIL, 1988). Enquanto

princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização remete a avanços importantes na construção do SUS, pois, além de romper com o modelo centrado na assistência, também redistribuiu recursos e responsabilidades entre os três entes, promovendo uma prestação de serviços mais eficiente e equitativa (SANTOS, 2013).

Em 1990, com a edição da lei orgânica 8.080, inicia-se efetivamente a organização do SUS, e nesse contexto a proposta de descentralização é reafirmada, estabelecendo a condução do sistema com direção única, em cada esfera de governo; no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde (MS); no âmbito dos Estados, com o Distrito Federal; e nos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

Ainda na década de 90, ocorreram os principais avanços no processo de descentralização do setor da saúde no Brasil, e, junto a esses, surgiram inúmeros desafios. Nesse momento, a esfera municipal tornou-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país, e os gestores municipais assumiram papel fundamental na execução das ações e serviços de saúde de acordo com as respectivas particularidades regionais. No

entanto, segundo Ouverney e Fleury (2017) a conjuntura de transferências de poder, atribuições e recursos financeiros não aconteceu de modo uniforme, tendo a gestão em saúde vivenciado momentos discordantes entre descentralização, recentralização e, até mesmo, estagnação.

O processo de municipalização no SUS apresentou avanços significativos ao longo da década de 90 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Nesse período, foram elaboradas e implementadas, sequencialmente, estratégias de descentralização expressas através de normas operacionais básicas nos anos 1991, 1993 e 1996 (NOB 91, NOB 93, NOB 96), que surgiram como instrumentos normativos e proporcionaram mudanças graduais na conformação do arranjo federativo brasileiro, conferindo maior poder e participação aos entes subnacionais na condução da política de saúde (OUVERNEY, 2014).

Contudo, mesmo partindo de disposições legais que estabeleciam a descentralização como princípio organizativo, fatores como o projeto neoliberal de Estado, a instabilidade financeira do setor saúde e a incerteza sobre a capacidade das gestões estadual e municipal foram

questões que representaram fatores limitantes para a implantação uniforme do processo de descentralização e contribuíram para que a condução da transferência de poder, de atribuições e de recursos não acontecesse de modo regular (OUVERNEY e FLEURY, 2017).

Em contraponto à estratégia de descentralização proposta pela NOB 91, a normativa estabelecida no ano de 1993 passa a representar uma mudança significativa em relação ao aumento da autonomia das gestões estaduais e municipais (LEVCOVITZ, 2001). A NOB 93 derivou de um produto amplamente discutido entre gestores, sociedade, pesquisadores, além de efetivamente incorporar estados e, especialmente, municípios como entes federativos responsáveis pela condução da política de saúde.

Para Scatena e Tanaka, a NOB 01/93:

Representa um marco definidor no processo de consolidação do SUS, tanto por romper, ainda que de modo parcial, com a lógica do INAMPS, como por assentar os elementos e princípios da descentralização, na proposição das Condições de Gestão e do Gerenciamento do Processo de Descentralização (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 65).

O texto de tal normativa caracteriza a descentralização através da redistribuição de poder e da reorganização institucional envolvendo dimensões políticas, sociais e culturais; diálogos; negociação; pactuação; e ainda a redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo (BRASIL, 1993).

Sustentando o processo de gestão cooperativa, a NOB 96 reafirma a importância do fortalecimento da municipalização. Nesse momento, os entes municipais se apresentam como principais responsáveis pela provisão dos serviços de saúde, o que coloca em questão o desafio da integralidade da atenção à saúde (RIBEIRO et al., 2018).

De acordo com Ouverney (2014), a normativa contida na NOB 96 buscou concretizar o pleno exercício através da gestão municipal da saúde. Por meio dessa foi reafirmada a essência municipalista, evidenciada através da ampliação das inúmeras atribuições e responsabilidades das secretarias municipais de saúde para a provisão de serviços ofertados à população.

A diretriz da descentralização deve ser entendida como uma estratégia que estabelece a redistribuição de poder, a redefinição de papéis e o estabelecimento de novas funções entre as três esferas de governo. O processo em questão envolve dimensões políticas, sociais e culturais, para tanto são necessárias pactuações entre os atores envolvidos. Para Castro, Castro e Vilar (2005), o nível local (município) é o espaço onde as práticas concretas são materializadas, mostrando-se como uma esfera de grande relevância nos processos de descentralização, já que assume novas funções e torna-se lócus de mudanças.

As Normas Operacionais promoveram uma reordenação dos modelos de atenção e de gestão da saúde; nelas os papéis de cada esfera de governo foram definidos, os instrumentos de gestão reorganizados, e os critérios e fluxos de financiamento estabelecidos (BRASIL, 2006). No entanto, esses avanços não preveniram a instituição de sistemas municipais de saúde fragmentados e com consideráveis desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legalidade do SUS (BRASIL, 2007).

O caráter fortemente normativo das estratégias vivenciadas na década de 90 culminou ainda na aprovação dos Pactos pela Saúde, no ano de 2006, os quais representam importantes instrumentos políticos de negociação permanente entre gestores, fortalecidos através dos espaços das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite (OUVERNEY et al., 2019). A descentralização dos serviços de saúde para os municípios promoveu um processo de fragmentação e perdas na qualidade dos serviços, além de fragilizar a assistência à saúde. Nesse sentido, tal instrumento surge como uma proposta de ofertar serviços com maior economia de escala e de escopo, além de melhor qualidade (PESTANA e MENDES, 2004).

O Pacto pela Saúde aborda três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. O Pacto de Gestão é orientado e estruturado a partir da regionalização e apresenta como objetivo tornar possível acordos entre as três esferas do sistema, promovendo inovações através de instrumentos de gestão e redefinindo ainda novas responsabilidades dos gestores de acordo com as necessidades de saúde da população. O Pacto Pela Saúde tem como finalidade a qualificação da

gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, garantindo, assim, a integralidade das ações e dos serviços fragilizados no percurso do processo de descentralização. O Pacto pela Vida está relacionado ao compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades sobre a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006a; SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

Nesse contexto, é promulgado, em junho 2011, o Decreto 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, normativa que veio reafirmar a regionalização como estratégia para o reordenamento da política de saúde, configurando-se como regulador da estrutura organizativa do SUS, do planejamento em saúde, da assistência e da articulação interfederativa. O avanço proposto pelo decreto foi a ampla participação da gestão municipal nas decisões, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), que prevê o planejamento regional integrado e ascendente (BRASIL, 2011). Segundo Medeiros e colaboradores (2017), “as diretrizes do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, têm contribuído para ampliar a capacidade de

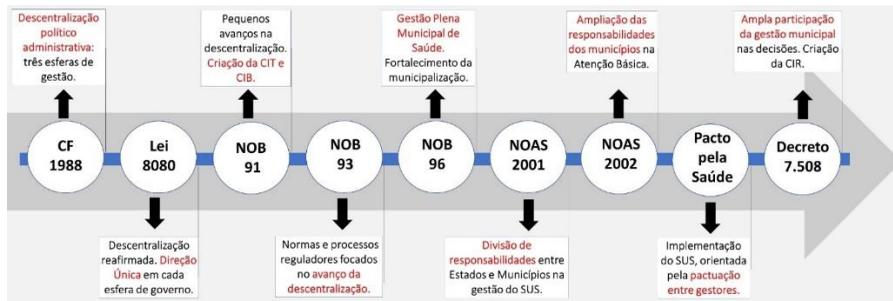
governança dos pequenos municípios nas regiões de saúde”.

As práticas de gestão pública no Sistema Único de Saúde (SUS) possuem expressões diversas, sendo os secretários e dirigentes de saúde dos três entes federados os atores responsáveis pela instituição, implantação e implementação das políticas governamentais, a partir do pacto federativo.

Nesse sentido, compreende-se que os secretários(as) municipais de saúde são atores políticos fundamentais na condução da trajetória da política de saúde no país, já que tratar de qualidade na gestão em saúde implica qualificar as decisões políticas dos diversos gestores governamentais, no que diz respeito à direcionalidade, condução e difusão de políticas públicas.

Conforme a figura 1, é possível observar minimamente a trajetória percorrida para o fortalecimento da gestão do SUS desde a sua criação, além de inferir que a gestão é o eixo estruturante na condução da política de saúde e do fortalecimento e ampliação da governança local nas secretarias municipais de saúde.

Figura 1 – Linha do tempo dos marcos normativos da gestão do SUS.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

A complexa estruturação das relações federativas, associada ao processo gerencial de condução do SUS, apresenta-se como um desafio na oferta de serviços eficientes à população. Diante de tal problemática, faz-se necessário protagonismo, além de autonomia política e administrativa entre os entes federados na condução do SUS (SANTOS, 2013).

No ano de 2020, a prática desses gestores esteve diretamente influenciada pelo contexto da pandemia da COVID-19. Novos desafios surgiram e puseram à prova as articulações e a capacidade de gerenciamento dos secretários municipais de saúde.

De acordo com Machado et al. (2020), a COVID-19 produziu uma sobrecarga em sistemas de saúde em âmbito mundial. No Brasil, cabe ressaltar a extenuante tarefa dos gestores da saúde, em seus diversos níveis de atenção, no cumprimento da tarefa a eles pleiteada desde a Constituição Federal de 1988, qual seja: a garantia do direito universal, integral e equânime da saúde a toda a população.

Estudo realizado na Região Nordeste, no ano de 2020, mostrou que a COVID impactou as 9 unidades federativas de forma muito agressiva. Através de uma análise comparativa entre os estados do Nordeste, os autores discutem que várias unidades federativas da região compartilharam fatores que estiveram associados à ampliação da epidemia, como: a elevada densidade demográfica, a alta desigualdade social, as elevadas taxas do trabalho informal; a presença de aeroportos internacionais e o fato de serem locais destinados ao turismo (SILVA et al., 2021).

Para Ouverney e coautores (2019), os gestores municipais de saúde têm conquistando espaço singular na condução dos rumos da política de saúde no país. De tal

maneira, a partir da compreensão da importância desse ator social, estudos acadêmicos direcionados à compreensão do perfil dos gestores são de extrema importância para o fortalecimento do SUS.

Nesse contexto, o estudo em questão, aplicado em 2018, tem como objetivo analisar as tendências atuais de caracterização do perfil dos secretários municipais de saúde da Região Nordeste do ciclo de gestão 2017 a 2020, compreendendo quem são, suas trajetórias profissionais, como atuam nos espaços de governança e quais os principais desafios eles identificam no âmbito da Gestão do SUS.

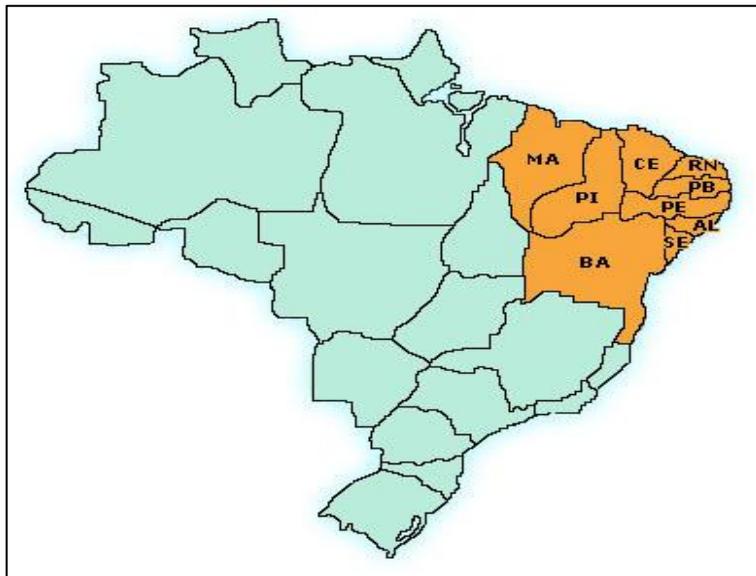
2. PERCURSO METODOLÓGICO

Os dados provenientes deste estudo foram obtidos através da Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, um estudo transversal, de abrangência nacional, que envolve pesquisadores do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade Federal da Paraíba e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

(Conasems). Sendo assim, o referido estudo destaca-se como um estudo nacional e, para efeito do artigo em questão, foi realizado um recorte referente à Região Nordeste, que é reconhecida pela grande utilização dos serviços públicos de saúde e por sua potencialidade na gestão em saúde.

Tal região é composta por 1.794, municípios, distribuídos em 133 regiões de saúde, situadas nos 9 estados que a compõem: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe. O território nordestino apresenta uma área de 1.558.000 km², que representa **18% do território nacional**; a região faz limite com Minas Gerais e Espírito Santo, ao sul; e com Goiás, Tocantins e Pará, em toda sua fronteira oeste (IBGE, 2017).

Figura 2 – Mapa do território brasileiro, com



destaque para a Região Nordeste.

Fonte:<http://www.teleios.com.br/brasil/nordeste/nordeste/mapa-nordeste/>

A localização mencionada pode possibilitar importantes articulações e pactuações interfederativas para os gestores dessa região. A escolha da Região Nordeste está atribuída à elevada participação dos secretários municipais de saúde em ambos os momentos

da pesquisa. A região apresentou um percentual superior a 50% de participação, o que caracteriza um significativo aprofundamento do objeto estudado.

O instrumento de coleta utilizado correspondeu a um questionário eletrônico on-line, disponibilizado por meio de um link na plataforma virtual *Survey Monkey*, organizado em perguntas objetivas, composto por 63 questões categorizadas em eixos de análises.

Para analisar o perfil dos secretários municipais de saúde, foram utilizados dados relacionados à origem socioeconômica, características pessoais, ocupação atual, trajetória profissional do gestor, implicações com o cargo de gestão, bem como as razões para tal indicação, além da percepção dos mesmos sobre os princípios do SUS, a situação dos principais desafios e aspectos da agenda interfederativa.

As informações obtidas dos questionários foram extraídas para um banco de dados no Excel 2013 e organizados por unidade federativa. Foram estudados os gestores municipais de saúde da Região Nordeste que responderam integralmente ao questionário da pesquisa,

o que correspondeu a 963 secretários municipais de saúde, distribuídos nas 9 unidades federativas (Tabela 1).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob número 31290620.9.0000.8069.

Tabela 1 – Número e percentual de secretários municipais de saúde respondentes por unidade federativa. Região Nordeste, 2017-2020.

UF (NORDESTE)	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	NÚMERO DE RESPONDENTES	% DE RESPONDENTES
ALAGOAS	102	27	26,47
BAHIA	417	109	26,14
CEARÁ	184	74	40,22
MARANHÃO	217	91	41,93
PARAÍBA	223	182	81,61
PERNAMBUCO	185	123	66,48
PIAUI	224	174	77,67
RIO GRANDE DO NORTE	167	108	64,67

SERGIPE	75	75	100
TOTAL	1.794	963	53,67

Fonte: Elaborada pela autora, a partir de dados obtidos no âmbito da Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, 2018.

3. PERFIL DOS GESTORES MUNICIPAIS DA REGIÃO NORDESTE

Quando observado o perfil pessoal, é possível afirmar que, no geral, o gestor municipal do SUS na Região Nordeste do Brasil é, em sua maioria, mulher (61%), parda e preta (51%), na faixa etária entre 31 e 50 anos de idade (67%), possui nível superior (77%) e tem pós-graduação (43%). No que tange ao quesito raça, alguns estados (Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte) apresentam um maior percentual de secretários municipais de cor branca, respectivamente: 49%, 54%, 57%. Cabe destacar ainda que a unidade federativa onde a maioria dos gestores se declara homem é o estado do Sergipe, com 42 respondentes do sexo masculino, o que corresponde a 56% dos gestores desse estado. Com relação à escolaridade, o estado de Sergipe destaca-se com o menor percentual de graduados (69,3%) e pós-graduados (36%); em

contrapartida, o Ceará possui o maior percentual para ambos níveis de escolaridade, respectivamente 100% e 75,6%.

No que diz respeito à trajetória profissional, cerca de 26% dos respondentes referiram ter a enfermagem como profissão anterior, e cerca de 58% desses nunca haviam assumido a função de secretários de saúde. Quando questionados sobre as motivações para assumir o cargo de gestor do SUS, destacaram como quesitos principais a necessidade de fortalecer o SUS (97%), sendo essa motivação mais prevalente no estado de Sergipe (100%) e menos significativa na Bahia (23,8%), percentual bastante divergente das outras unidades federativas da região. Outro critério que aparece com destaque para assunção à função de gestor é o desejo de assumir novos desafios (95,4%); nesse ponto, ganha destaque o estado de Alagoas. Outro aspecto é a aquisição de experiência em gestão (93%), visto que a maioria das unidades federativas classificaram a importância desse critério acima de 90%. Quando analisados os fatores que influenciaram a nomeação para o cargo de secretário municipal de saúde, três requisitos apareceram com destaque: confiança pessoal (93,6%), capacidade e liderança (91,8%) e

desempenho gerencial (90,2%). Os dados referentes às principais características do perfil e trajetória dos Secretários Municipais de Saúde aparecem melhor destrinchados por unidade federativa na tabela 2.

Tabela 2 – Percentual das principais características do perfil e trajetória dos Secretários Municipais de Saúde (2017-2020) da Região Nordeste.

VARIÁVEIS		UNIDADES FEDERATIVAS									
		AL N: 27	BA N:1 09	CE N: 74	MA N:9 1	PB N:1 82	PE N:1 23	PI N:1 74	RN N:1 08	SE N: 75	TOT AL N:9 63
Dados pessoais (%)											
Sexo (feminino)		63	50,4	69	51,6	68,7	64,2	64,9	63,8	44	61
Idade (31-50 anos)		66,6	69,7	63,5	69,2	68,1	66,6	66	63	64	67
Raça/Cor		63 par da e pre ta	58,7 par da e pre ta	48,6 par da e pre ta	49,5 bra nca 49,5 par da e pre ta	49 bra nca	54,4 bra nca	60,3 par da e pre ta	57,4 bra nca	54,6 par da e pre ta	51 par da e pre ta
Escolaridade	Superior	88,8	87	100	89	80	87,8	78	83,8	69,3	77
	Pós Gradu	48	49,5	75,	51,6	44,4	60	40	49	36	43

	ação			6							
Trajetória profissional (%)											
Profissão anterior (enfermeiro)	11	34,8	39	27,4	26,8	20	37,3	21,3	12	26,4	
Primeira vez que assume o cargo	55,5	58,7	59,4	59,3	62	54,5	60,3	55,5	56	58,6	
Motivação para assumir a função (%)											
Fortalecer o SUS	92,6	23,8	98,6	97,8	97,8	96,7	95,4	98,1	100	97,3	
Assumir novos desafios	100	97,2	97,2	97,8	99,4	91	94,8	96,3	97,3	95,4	
Adquirir experiência em gestão	89	91,7	90,5	93,4	88,4	82,9	88,5	92,6	94,7	93	
Pontos positivos para a nomeação (%)											
Confiança Pessoal	96,3	94,5	93,2	100	92,8	89,4	91,4	94,4	96	93,6	
Capacidade e Liderança	96,3	93,6	93,2	91,2	91,2	91,9	87,9	91,7	97,3	91,8	
Desempenho gerencial	85,2	98,2	98,6	91,2	85,7	90,2	85	88,9	96	90,2	

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, 2018.

O referido perfil revela que o SUS na Região Nordeste é essencialmente gerido por mulheres (61%), pretas e pardas (51%), entre 30 e 50 anos de idade (67%), a maioria com formação superior (77%), apesar do baixo percentual de pós-graduadas (43%), enfermeiras e sem

experiência na gestão municipal. Tais secretárias afirmam ter aceitado o cargo com o intuito de fortalecer o SUS, vivenciar desafios e adquirir experiência em gestão; assim, para assumir tal cargo, a confiança do prefeito, a capacidade de liderança e o desempenho em gerir foram primordiais.

Quando comparamos nacionalmente, a pesquisa de Ouverney e colaboradores (2019) constata um perfil semelhante ao encontrado para os gestores de saúde no país, diferindo na questão do quesito raça/cor, que, em âmbito nacional, teve majoritariamente gestoras brancas. Outro ponto de semelhança com a pesquisa nacional refere-se à trajetória profissional dessas gestoras, já que a enfermagem também aparece como profissão anterior ao cargo, assim como a inexperiência no cargo de gestão (OUVERNEY et al., 2019). O perfil encontrado mostra a ascensão feminina na condução das secretarias municipais de saúde e a habilidade dessas mulheres em gerenciar o SUS no país.

4. PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA O SUS NO NORDESTE – CICLO DE GESTÃO 2017-2020

No que concerne aos desafios enfrentados pela

gestão do SUS, o estudo explorou oito eixos estratégicos, sendo eles: a atenção básica, a atenção especializada, planejamento, regionalização, controle social, gestão do trabalho, judicialização e financiamento, conforme pode ser observado na tabela 3. Quando se trata de atenção básica, destacam-se como os três principais desafios para a sua qualificação durante o ciclo de gestão: a efetivação da contrapartida financeira do ente estadual (50,7%), a implementação dos sistemas de informação (36%) e a fixação de médicos com cerca de 36%.

Para os desafios vinculados à atenção especializada, aparecem como principais problemas: a garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade (65,1%), garantia de mais recurso da esfera nacional na figura do Ministério da Saúde (53,7%) e a organização dos serviços de forma regionalizada (44%).

No quesito regionalização, ressaltam-se o fortalecimento das Comissões Intergestoras Regionais (54,8%), a necessidade de ampliação de recursos financeiros com base nas diferenças regionais (48,5%), além da disponibilização, por parte da Secretaria Estadual de Saúde, de recursos humanos, tecnológicos e financeiros.

Com relação aos desafios associados ao processo de planejamento, destaca-se a qualificação das equipes gestoras do ente municipal, a fim de colocar em prática o planejamento em saúde (65,5%); em seguida o uso dos indicadores de saúde na construção dos instrumentos de planejamento (41,3%) e por fim o fortalecimento do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão Anual do SUS (SARGSUS) (37,3%).

No eixo controle social, a necessidade de apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde (43%) e apoiar o processo de mobilização social em defesa do SUS (43%) aparecem empatados como mais importantes, e a necessidade de apoiar os processos de educação popular em saúde também ganha destaque (38%).

No que se refere à judicialização, fica evidente, na visão dos gestores nordestinos, a necessidade de ampliar o conhecimento dos órgãos de controle sobre o funcionamento da gestão do SUS (58,7%); também é necessária a construção de uma agenda proativa com o Tribunal de Contas da União, Controladoria Geral da União, Ministério Público e Auditoria do SUS; e, em terceiro lugar, é indispensável o maior apoio do Ministério da Saúde em ações de desenvolvimento de sistemas de

informação, capacitação e discussão com o Poder Judiciário.

Outrossim, com o objetivo de favorecer o suprimento de trabalhadores da saúde nos municípios, ganha destaque a pactuação de diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho (52,8%) como principal desafio a ser superado nesse eixo, seguido da necessidade do fortalecimento de planos de cargos e salários (47,6%). Ainda merece destaque nesse eixo a necessidade de maior apoio do MS na garantia da formação, qualificação e fixação dos profissionais de saúde (37%).

Cabe apontar que, em relação ao financiamento, foram destaques a garantia de recursos financeiros para o SUS associada à qualificação do financiamento tripartite (67%; a ampliação do financiamento da atenção básica, tanto pelo ente estadual (52,3%) quanto pelo ente federal (31,6%).

Diante dos dados expostos, é possível mensurar que os desafios da gestão do SUS apontados pelos respondentes da Região Nordeste sinalizam a existência de percalços e limitações estruturais que compõem empecilhos no processo de fortalecimento do SUS.

A garantia de consultas e exames na média e alta

complexidade, o fortalecimento da CIR, a organização regional dos serviços garantindo acesso integral e equânime, a qualificação de quadros técnicos para o planejamento associado ao uso dos indicadores de saúde, a qualificação no processo formativo dos conselheiros de saúde, o esclarecimento da dinâmica do SUS para os órgãos de controle e a qualificação na alocação de recursos são desafios frequentemente apontados como obstáculos na condução da gestão municipal de saúde.

Tabela 3 – Principais desafios da gestão do SUS, segundo dimensão estratégica, com base na disposição dos Secretários Municipais de Saúde. Nordeste, (2017-2020).

PRINCIPAIS DESAFIOS			
Atenção Básica	50,7% - Efetivação da contrapartida do Estado	36% - Implementação dos sistemas de informação	35,7% - Fixação de Médicos
Atenção Especializada (média e	65,1% - Garantia de consultas,	53,7% - Garantia de mais recursos	44% - Organização dos serviços de forma regionalizada

alta complexidade)	exames e internações em quantidade e qualidade	por parte do Ministério da Saúde	
Regionalização	54,8% - Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional	48,5% - Ampliação dos recursos financeiros tendo como base as diferenças regionais	47% - Disponibilização por parte da SES, de recursos humanos, tecnológicos e financeiros
Planejamento	65,5% - Qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento em saúde	41,3% - Uso dos indicadores de saúde na construção dos instrumentos de planejamento	37,3% - Fortalecimento do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão Anual do SUS (SARGSUS)
Controle Social	43% - Apoiar o processo de mobilização social e institucional	43% - Apoiar o processo de formação dos conselheiros	37,8% - Apoiar os processos de educação popular em saúde, para fortalecimento da participação social no SUS

	al em defesa do SUS	os de saúde	
Judicializ ação	58,7% - Ampliar o conhecime nto do órgão de controle sobre a dinâmica da gestão das ações e serviços de saúde	44% - Construir uma agenda proativa com TCU, CGU e MP e Auditoria do SUS	30,3% - Maior apoio do MS em ações de desenvolvimento de sistemas informatizados, cap acitação e organização de discussão com o poder judiciário
Gestão do Trabalho	52,8% - Implemen tação de diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho	47,6% - Implemen tação e/ou reformulaç ão de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local	37% - Maior apoio do Ministério da Saúde no sentido de garantir a formação, qualificação e fixação dos profissionais de saúde
Financiam ento	67% - Garantir o financiam ento para o SUS, melhorand o o padrão do gasto, financiam	52,3% - Ampliar o financiam ento da Atenção Básica com a participaçã o do	31,6% - Ampliar o financiamento da Atenção Básica com maior participação da União

ento	Estado
tripartite e	
os	
processos	
de	
transferên	
cia de	
recursos	

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, 2018.

Quando questionados sobre o grau de implementação dos princípios do SUS, conforme mostra a tabela 4, a percepção dos gestores evidenciam um baixo grau de implementação de alguns princípios na região nordestina. O princípio da universalidade (80%) atinge o maior percentual de implementação, seguido da equidade (72%) e hierarquização (72%), que atingem percentuais iguais. Quando observado de forma isolada, o princípio da equidade aparece em destaque no estado de Alagoas (100%), subentendendo que os usuários do SUS são melhores assistenciados de acordo com suas necessidades, nessa unidade federativa.

A tabela 4 sinaliza uma maior fragilidade em relação aos princípios organizativos do SUS em relação aos princípios doutrinários; a participação social (58%) e a regionalização (66%) aparecem como demandas que ainda precisam de políticas públicas para se concretizarem

efetivamente.

Quando comparado com pesquisa realizada com secretários municipais de todo país, a Região Nordeste apresenta resultado semelhante aos achados nacionais no que diz respeito ao grau da participação social e regionalização, os quais também aparecem com maior fragilidade na implementação (OUVERNEY et al., 2019). Esses achados corroboram a existência de dificuldades na estruturação e organização dos serviços de saúde e indicam a importância de construção de políticas que apoiem os municípios a melhorarem sua capacidade de gestão e governança.

Em relação à participação social, que aparece com menor percentual, é interessante mencionar que, apesar do baixo grau de implementação nas diversas unidades federativas da Região Nordeste, o Conselho Municipal de Saúde, na visão dos gestores, é um ator que exerce forte influência na tomada de decisão e na condução de agendas estratégicas dos secretários municipais de saúde, como mostra a tabela 5.

De uma forma geral, o cenário exposto em relação aos princípios do SUS evidencia a existência de dificuldades basilares na estruturação das políticas de

saúde na região e mostra a necessidade de formular e colocar em prática políticas de suporte aos municípios que promovam consolidação de tais princípios estruturantes para o SUS.

Tabela 4 – Percepção dos gestores do Nordeste, por unidade federativa, sobre o grau de implementação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Nordeste, 2017-2020.

PRINCÍPIOS E DOUTRINAS	UNIDADES FEDERATIVAS									
	AL (N: 27)	BA (N: 109)	CE (N: 74)	MA (N: 91)	PB (N: 182)	PE (N: 123)	PI (N: 174)	RN (N: 108)	SE (N: 75)	TO TA L (N: 963)
Universalidade	81 %	78%	95 %	78 %	81%	77%	83 %	77%	85 %	80 %
Equidade	100 %	68%	67 %	69 %	76%	67%	76%	72%	75 %	72%
Integralidade	70 %	68%	69 %	66 %	66%	62%	68 %	62%	76 %	67 %
Descentralização	70 %	63%	69 %	65 %	65%	63%	72%	75%	67 %	67 %
Hierarquização	81 %	71%	73 %	75 %	71%	68%	77%	71%	70 %	72%
Regionalização	48 %	69%	69 %	66 %	67%	58%	69%	67%	65 %	66 %

Participação Social	59 %	58%	59 %	55 %	60%	57%	56%	60%	61 %	58 %
----------------------------	------	-----	------	------	-----	-----	-----	-----	------	-------------

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, 2018.

Ao responderem sobre os atores que mais os influenciam na tomada de decisão, os gestores municipais da Região Nordeste apontaram a forte influência dos prefeitos (90%), seguida do Conselho de Saúde (87%) e do Ministério da Saúde (83%). Quando analisamos a relação dessa influência por estado, em relação aos prefeitos, destacam-se os estados da Bahia e do Ceará com os maiores percentuais, enquanto Pernambuco e Piauí apresentam tal ente com menor influência (87%). No que se refere aos Conselhos de Saúde, os estados da Bahia, Ceará e Maranhão são os mais influenciados por esse ator, atingindo percentuais maiores ou iguais a 90%. Apesar do menor percentual, ainda aparece entre os três atores mais influentes o MS, que é apontado com 83% de capacidade de influenciar na decisão dos secretários municipais de saúde na região em questão.

No que se refere às demandas estratégicas para a tomada de decisão, destacam-se as propostas do

Conselho Municipal de Saúde (CMS) (93%), agendas discutidas na CIR (91%) e os relatórios de auditoria (86%), tabela 5. Quando analisamos tal persuasão por unidade federativa, verificamos que, para a agenda do CMS, apenas o estado de Alagoas (85%) apresenta um percentual inferior aos demais estados. Para a agenda da CIR, é possível inferir que a gestão regional é fortemente influenciada por tal demanda, apresentando as maiores influências os estados da Bahia e Piauí com 94%. Em relação aos relatórios de auditoria, destaca-se a Bahia (92%) com forte grau de influência, e o estado de Alagoas (78%), menos influenciado por tal demanda.

Os dados revelados na tabela 5 evidenciam a ausência do gestor estadual como figura presente para a tomada de decisão na gestão municipal. Esse achado corrobora informações encontradas em pesquisa com gestores municipais de saúde de todo o país e também aponta a falta da Secretaria Estadual de Saúde como influenciador da governança municipal. Além disso, a análise em questão ratifica a tendência de polarização federativa presente nas relações intergovernamentais do SUS, desde a sua implementação (OUVERNEY et al., 2019).

Tabela 5 – Percepções dos gestores(as) municipais sobre a posição dos atores e agendas estratégicas que influem em sua tomada da decisão. Nordeste, 2017-2020.

UNIDADES FEDERATIVAS										
	AL (N: 27)	BA (N:1 09)	CE (N: 74)	MA (N: 91)	PB (N:1 82)	PE (N:1 23)	PI (N:1 74)	RN (N:1 08)	SE (N: 75)	TOT AL (N:9 63)
Atores Influentes										
Prefeito	89%	95%	96%	88%	90%	87%	87%	92%	93%	90%
Conselho de Saúde	81%	90%	90%	91%	86%	87%	84%	85%	89%	87%
Ministério da Saúde	59%	76%	82%	75%	75%	77%	76%	77%	80%	83%
Agendas Estratégicas										
Propostas do CMS	85%	96%	97%	93%	92%	96%	91%	91%	92%	93%
Agendas CIR	85%	94%	88%	92%	91%	92%	94%	86%	89%	91%
Relatórios	78%	92%	85%	83%	86%	86%	85%	88%	89%	86%

de Audit oria										
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, 2018.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados mostram que o cargo de gestor local do SUS é cada vez mais ocupado por mulheres com pós-graduação que exercem a função pela primeira vez. Essas mulheres são de confiança do prefeito, expressam ter qualidade técnica e dispõem de requisitos importantes para o cargo de gestão.

Com relação aos desafios vivenciados pelos gestores nordestinos, ficou evidente que esses secretários de saúde estão preocupados com as seguintes questões: a garantia de financiamento pelo ente estadual, com o padrão dos gastos e financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos; a melhoria do acesso à consulta, a exames e a internações em quantidade e qualidade; o fortalecimento da CIR como espaço de qualificação e de implementação da regionalização entre os entes federativos; a necessidade de qualificar as equipes gestoras municipais para a

prática do planejamento em saúde; a qualificação dos conselheiros de saúde e a importância de ampliar o diálogo com os órgãos de controle. No que tange aos princípios do SUS, os doutrinários, no geral, aparecem com maior grau de implementação quando relacionados aos princípios organizativos, que aparecem com uma maior necessidade de fortalecimento para consolidação do SUS na região.

É importante salientar que os desafios apontados estiveram vinculados ao início de um ciclo de gestão, associado a mudanças na conjuntura política do país. De tal forma, o período da pandemia da covid-19 passa a exigir dos gestores de todo o país maior habilidade e competência técnica para a condução e o fortalecimento do SUS.

Pode-se considerar que a realidade do cenário encontrado neste estudo não esteja tão distante das demais regiões do país e que os desafios da gestão municipal do SUS como um todo não sejam tão diferentes aos encontrados nesta pesquisa, entretanto estudos em outros contextos e a longo prazo precisam ser realizados, vislumbrando perspectivas que analisem o cenário político econômico vivenciado atualmente pela

nação brasileira e analisem o período da pandemia da covid-19 .

Diante da complexidade da gestão do SUS e por meio da descentralização da saúde, é primordial que o secretário municipal de saúde tenha conhecimento, articulações e capacidade de gestão, pois a ele incumbe a provisão e o gerenciamento dos serviços de saúde com efetividade.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS: olhares e vivências** / Ministério da Saúde,

Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 193 p. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília. 76 p. 2006a.

BRASIL. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica Nº 01/93. Brasília. 1993.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

CASTRO, J. L.; CASTRO; J. L., VILAR; R. L. A. Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte. Um estudo sobre o perfil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Núcleo de Estudos em Saúde

Coletiva. Plano Diretor 2004/2005 do Observatório NESC/UFRN. 2.

IBGE. Coordenação de Geografia. **Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias**: 2017. Rio de Janeiro. 2017.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291. 2001.

MACHADO, M. F. et al. Atenção primária à saúde no enfrentamento à covid-19: análise dos planos estaduais de contingência do nordeste. **Revista Portal Saúde e Sociedade**. Maceió, v. 5, n. 1, p. 1286-98, jun. 2020.

MEDEIROS, C. R. G. et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, jan-mar. 2017.

OUVERNEY, A. L. M. et al. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 7, p. 75-91, dez. 2019.

OUVERNEY, A. M.; FLEURY, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 5, n.6, p. 1085-1103, nov-dez. 2017.

OUVERNEY, A. M. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. /Sônia Fleury. Rio de Janeiro: Cebes/Editora FIOCRUZ, 2014.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Secretaria do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. 80p. 2004.

RIBEIRO, J. M. et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, jun. 2018.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, A. W. Política de regionalização da saúde: das

normas operacionais ao pacto pela saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 265-274, abr-jun. 2012.

SCATENA, J. H. G; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 10, n. 2, dez. 2001.

SILVA, R. R. et al. A Interiorização da COVID-19 nos municípios do Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, v. 21, p 121-132. 2021.

COMPETÊNCIAS PARA A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O QUE APONTAM OS ESTUDOS NO BRASIL?

Augusto José Bezerra de Andrade

Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Júlio César Guimarães Freire

Adriane Pires Batiston

Pâmela Karine Bravin

Angelica Pereira da Cruz

Emanoel dos Santos Nascimento

Marcelo Viana da Costa

INTRODUÇÃO

A interprofissionalidade é entendida como a colaboração entre trabalhadores de duas ou mais profissões (BARR, 2013). Baseia-se na construção coletiva,

através do processo de comunicação e de tomada de decisões compartilhadas. Assim, contribui para que os conhecimentos e as habilidades de diferentes núcleos profissionais se materializem por meio da produção do cuidado de forma associada (D'AMOUR *et al.*, 2005; REEVES *et al.*, 2013).

Ademais, a interprofissionalidade tem o potencial de promover melhorias na qualidade assistencial por meio da reorganização da lógica dos cuidados especializados em saúde, configurando-se como uma prática ampliada, integral, centrada no usuário, com custo e qualidade adequados e, portanto, mais efetiva (REEVES, 2016). Ainda, proporciona elevados níveis de segurança aos usuários, reduzindo os erros diagnósticos e de conduta no setor saúde (COSTA, 2016).

Globalmente, os Sistemas de Saúde enfrentam o desafio de remodelarem a produção do cuidado, substituindo a lógica do trabalho multiprofissional pela interprofissionalidade (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017). Na Atenção Primária à Saúde (APS) é onde mais avançaram as propostas de organização dos serviços de saúde baseados na colaboração interprofissional, mostrando-se mais eficiente para a produção de cuidado

frente ao atual perfil epidemiológico, bem como por meio da redução da fragmentação das ações e do próprio Sistema de Saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018; SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

No Brasil, a APS ganhou visibilidade a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), na década de 1990, como proposta de reorganização do Sistema de Saúde. Essa reorganização requereu o trabalho em equipes de Saúde da Família (EqSF), sendo esta, minimamente, composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). A partir de 2008, foram instituídas as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) objetivando apoiar a ESF, ampliando o escopo de suas ações, que se articulam através do matriciamento. As equipes NASF-AB contam com a participação de profissionais de diferentes categorias e sua composição é definida pelos gestores municipais, mediante indicadores e necessidades reconhecidas em cada território (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Se por um lado um conjunto variado de profissionais representa uma maior capacidade de responder às necessidades de usuários, famílias e

comunidades, por outro, persistem entraves a serem superados, como a fragmentação do cuidado, a prática isolada, relações verticalizadas e pouco dialógicas e ações especializadas desses profissionais no âmbito da APS. Diante disso, a integração entre as equipes de ESF e NASF-AB requer novos arranjos no processo de trabalho, com destaque para a premência da adoção de práticas interprofissionais colaborativas (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Nos serviços de saúde, podem ser definidas competências específicas para cada profissão, competências para as equipes e competências para o serviço como um todo. Conceitualmente, o termo competência, do inglês *competence*, descreve “os requisitos do trabalho que o indivíduo precisa saber ou ter para ser capaz de executar uma tarefa ou um cargo” (FRAGELLI; SHIMIZU, 2012, p. 668). Assim, a competência está relacionada à descrição de uma ação, o comportamento ou o resultado que o profissional deve exibir em determinada atividade.

Nesta perspectiva, com o objetivo de nortear a prática, bem como a formação para o trabalho colaborativo interprofissional, o *Canadian*

Interprofessional Health Collaborative (CIHC) propõe seis domínios de competências interprofissionais aplicadas a todas as profissões da saúde (Comunicação Interprofissional; Atenção Centrada no Paciente; Clareza de Papéis; Dinâmica de Trabalho em Equipe; Liderança Compartilhada; Resolução de Conflitos). Tais competências visam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores fundamentais para a efetivação da interprofissionalidade e colaboração nos campos do trabalho e da educação (CIHC, 2010).

Nesse contexto, este capítulo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura, que respondeu a seguinte pergunta: o que sinalizam os estudos no contexto da APS brasileira sobre as competências “comunicação interprofissional”, “clareza de papéis” e “liderança compartilhada”? Ressalta-se que optouse por centrar as análises nestas 3 competências por elas se destacarem com maior profundidade na literatura investigada.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que se configura como uma investigação não experimental, com o intuito de sintetizar, analisar e apontar novas conclusões sobre um assunto por meio de pesquisa sistemática, categorização e análise temática de estudos anteriores (CHRISTMALS; GROSS, 2017).

Inicialmente, definiu-se a pergunta condutora deste estudo: o que sinalizam os estudos no contexto da APS brasileira sobre as competências “comunicação interprofissional”, “clareza de papéis” e “liderança compartilhada”? Em seguida, realizou-se a definição dos termos de busca. Esse processo foi guiado pelas palavras-chave de artigos relevantes sobre o assunto e de descritores extraídos e definidos pelo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Elegeram-se os seguintes termos: relações interprofissionais; comportamento cooperativo; equipe de assistência ao paciente; atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; saúde da família; programa saúde da família; atenção básica.

Na segunda etapa, foi realizada uma pesquisa genérica nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), com essas palavras-chave de forma individual a fim de testar

sua aplicabilidade e sensibilidade, de forma que tal procedimento demonstrou que os termos são apropriados para subsidiar a busca de documentos que possam responder ao objetivo em estudo, evidenciado pelo elevado quantitativo no resultado dessa busca preliminar. Os termos, em português, se mostraram úteis para compor a estratégia de busca. Na terceira etapa, estabeleceu-se a estratégia de busca propriamente dita, o termo interprofissionalidade e seus correlatos foram combinados com o operador booleano OR, da mesma forma os termos Atenção Primária à Saúde com seus correlatos e, simultaneamente, ambos foram relacionados ao operador AND (Quadro 1). Obteve-se um total de 1.384 documentos, publicados no Brasil, nos idiomas inglês e português, sem definição do período.

Quadro 1 – Sintaxe de busca e combinação dos termos nas bases de dados.

TERMOS	BVS/BIREME	SciELO
Interprofissionalidade e seus correlatos: relações interprofissionais, comportamento cooperativo, equipe de assistência ao paciente	(interprofissionalidade) OR (relações interprofissionais) OR (comportamento cooperativo) OR (equipe de assistência ao paciente) AND (fulltext:"1") AND	(interprofissionalidade) OR (relações interprofissionais) OR (comportamento cooperativo) OR (equipe de

	la:("en" OR "pt") AND pais_assunto:("brasil"))	assistência ao paciente.) AND network:org AND - in:rve AND (la:("pt" OR "en"))
Atenção Primária a Saúde e seus correlatos: atenção básica, estratégia saúde da família, saúde da família, programa saúde da família	(atenção primária a saúde) OR (atenção básica) OR (estratégia saúde da família) OR (saúde da família) OR (programa saúde da família) AND (fulltext:("1") AND la:("en" OR "pt") AND pais_assunto:("brasil"))	(atenção primária a saúde) OR (atenção básica) OR (estratégia saúde da família) OR (saúde da família) OR (programa saúde da família) AND network:org AND - in:rve AND (la:("pt" OR "en"))
Interprofissionalidade e seus correlatos AND Atenção Primária a Saúde e seus correlatos	((interprofissionalidade) OR (relações interprofissionais) OR (comportamento cooperativo) OR (equipe de assistência ao paciente)) AND ((atenção primária a saúde) OR (atenção básica) OR (estratégia saúde da família) OR (saúde da família) OR (programa saúde da família)) AND (fulltext:("1") AND la:("en" OR "pt") AND pais_assunto:("brasil"))	((Interprofissionalidade) OR (relações interprofissionais) OR (comportamento cooperativo) OR (equipe de assistência ao paciente)) AND ((Atenção Primária a Saúde) OR (atenção básica) OR (estratégia saúde da família) OR (saúde da família) OR (programa saúde da família))

Fonte: os autores.

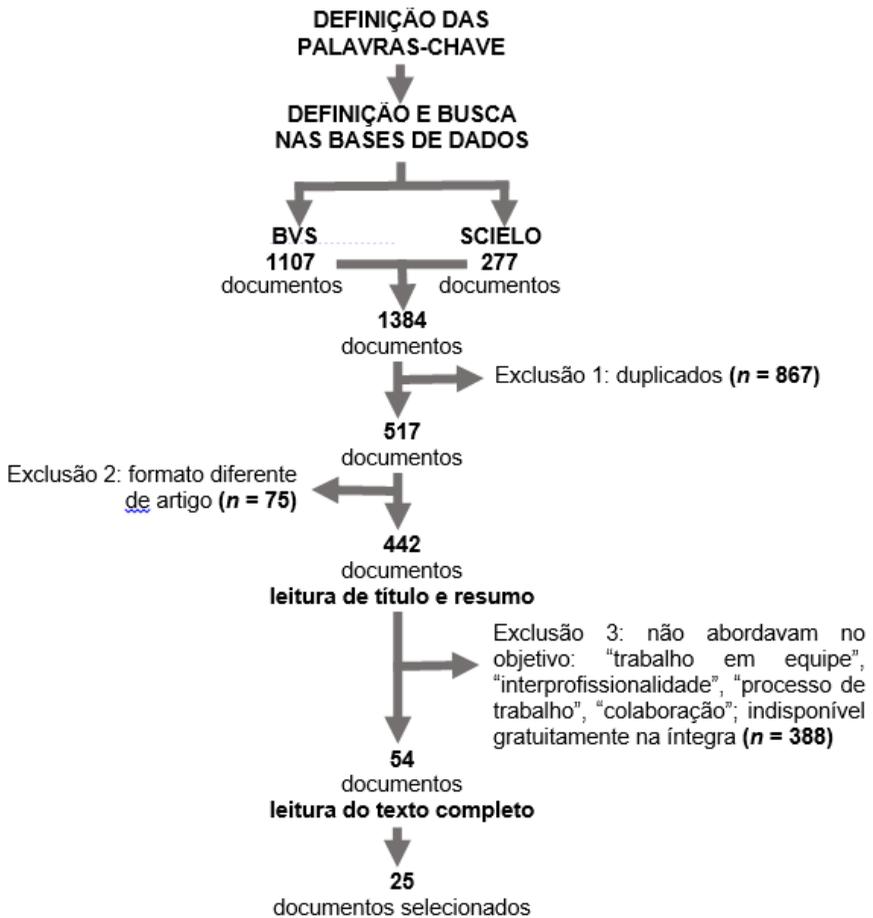
Desse modo, os artigos identificados foram salvos em grupos separados e organizados por combinação de palavras-chave e descritores, em cada uma das bases de dados, com o auxílio do gerenciador de referências online EndNote. Nele, foram eliminados os artigos duplicados ($n = 867$) e as publicações do tipo: trabalhos de conclusão de curso (teses, dissertações e monografias), cartas ao editor, editoriais, revisões de literatura, revisões sistemáticas ou integrativas, relatos de experiência, matéria de jornal, livros, capítulos de livros, estudos reflexivos e ensaios teóricos ($n = 75$). Após essa etapa, 442 artigos foram organizados em tabelas.

Definiu-se então os critérios de inclusão dos artigos: ter como objeto de estudo a ESF ou o NASF-AB, abordar as temáticas “trabalho em equipe”, “processo de trabalho”, “colaboração ou interprofissionalidade” e estar disponível gratuitamente na íntegra. A partir destes, a seleção final dos artigos se deu pela leitura de títulos e resumos. Nesta nova etapa, foram eliminados 388 artigos. Em seguida, procedeu-se a leitura completa desses artigos ($n = 54$), sendo realizada de modo independente por dois pesquisadores, buscando identificar, em seus resultados, pelo menos uma das três competências para o trabalho

interprofissional colaborativo: comunicação interprofissional, clareza de papéis e liderança compartilhada¹⁰. Com base nesses critérios, 25 artigos foram incluídos nessa revisão integrativa, e não houve dissenso entre os pesquisadores durante o processo.

Os resultados identificados foram sistematizados e categorizados nas competências: Comunicação Interprofissional; Clareza de Papéis e Liderança Compartilhada¹⁰. No fluxograma 1 abaixo, o processo de definição da literatura incluída encontra-se sistematizado.

Figura 1 – Fluxograma das etapas da revisão integrativa.





Dos 25 artigos incluídos nessa revisão integrativa, 18 possuíam como objeto de estudo a ESF¹²⁻²⁹, dois o NASF/AB e cinco a ESF e o NASF/AB. A maioria utilizou o método qualitativo (n=24) e apenas um o método misto. Ainda, 24 artigos foram publicados em periódicos brasileiros e um em internacional. Todos os artigos selecionados foram submetidos ao modelo de avaliação de qualidade *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), sendo classificados de modo independente por dois pesquisadores e obtendo qualidade satisfatória.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos incluídos nesta revisão tiveram os seus resultados examinados criticamente e agrupados de

acordo com as seis competências para a colaboração interprofissional definidas pelo CIHC, destacando-se três delas, a saber: comunicação interprofissional, clareza de papéis e liderança compartilhada, que foram eleitas para serem abordadas neste estudo por serem as que apareceram com maior implicação nos estudos, de forma que serão exploradas detalhadamente a seguir.

- Comunicação Interprofissional

A Comunicação interprofissional refere-se à necessidade dos profissionais de diferentes áreas comunicarem-se, entre si, de forma colaborativa e responsável (CIHC, 2010), emergindo em 10 (dez) dos artigos incluídos (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013; ESCALDA; PARREIRA, 2018; FERNANDES *et al.*, 2015; PERES *et al.*, 2011; PERUZZO *et al.*, 2018; SAKATA, MISHIMA, 2012; BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018a; PREVIATO; BALDISSERA, 2018a; PREVIATO; BALDISSERA, 2018b).

Nesse âmbito, as reuniões de equipe se apresentaram como o principal espaço formal para a materialização da referida competência, sendo

identificadas como uma estratégia para o estreitamento das relações entre os membros das equipes (PERUZZO *et al.*, 2018) e que promoviam liberdade para o fortalecimento da interprofissionalidade (PERES *et al.*, 2011). Nesses casos, elas eram parte do processo de trabalho (NASCIMENTO *et al.*, 2018), e fatores como o tempo e espaço adequados destacaram-se como importantes para sua efetivação (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Os espaços informais, como os corredores e pausas para o café, também foram identificados nos estudos brasileiros como potentes para a comunicação interprofissional (ESCALDA; PARREIRA, 2018; PERUZZO *et al.*, 2018; SAKATA; MISHIMA, 2018). Em um dos estudos incluídos, as tecnologias da informação e comunicação (TIC) se apresentaram como alternativas para a comunicação e troca de informações entre os profissionais por meio de aplicativos de mensagens (PREVIATO; BALDISSERA, 2018a).

Por outro lado, a não realização sistemática de reuniões de equipe ocasionava a falta de diálogo e de planejamento das ações, fragmentando o trabalho (FERNANDES *et al.*, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Algumas experiências apontaram a existência de mecanismos de comunicação frágeis, formais e informais, com comunicação pouco efetiva, que dificultava a clareza de papéis e a pactuação de responsabilidades nas equipes (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013; BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018a; PREVIATO; BALDISSERA, 2018b).

Um estudo realizado na Dinamarca identificou que um dos principais elementos das práticas colaborativas era a comunicação, destacando também o papel das reuniões de equipe. De acordo com os autores, a comunicação variou entre um modelo de "dar relatório" e o dialógico de "discussão por pares". Esse segundo permitia o desenvolvimento de novos conhecimentos compartilhados, mostrando-se como ideal para a qualificação da assistência, devendo ser assumida como modelo a ser seguido (OVERBECK; KOUSGAARD; DAVIDSEN, 2019). Conforme afirmam Gleriano e colaboradores, 2019, as reuniões de equipe possibilitam a troca de experiências e saberes, bem como a melhoria da convivência e do processo de trabalho.

No Canadá, os corredores e salas de repouso foram descritos como locais que possibilitam o diálogo entre os profissionais, potentes para o planejamento das ações,

identificação de problemas e busca de soluções, assim como para a discussão das necessidades dos usuários (GOLDMAN; KITTO; REEVES, 2018). Desse modo, independente do espaço, informal ou formal, a comunicação bem-sucedida entre os profissionais de saúde permite o favorecimento da prática colaborativa (LUETSCH; ROWETT, 2016).

Outro elemento que se destacou foi o uso das TIC para a comunicação entre os membros da equipe, de forma rápida e concisa. Conforme apontado pela Organização Panamericana de Saúde Pública (2020), essa estratégia tem ocupado, cada vez mais, um lugar de destaque para a comunicação, interação, compartilhamento de informações e troca de conhecimentos nas instituições de saúde, globalmente. Entretanto, é necessário maior atenção em seu uso, para evitar discrepâncias e distanciamento entre os profissionais (KIM *et al.*, 2019; LO *et al.*, 2012). Ademais, as TIC não devem ser adotadas como substitutivas dos espaços formais para a comunicação, como o caso das reuniões de equipe, e sua utilização implica em processos de gestão que favoreçam a apropriação pelos profissionais das ferramentas e

processos de trabalho mediados pelas tecnologias da informação (OPAS, 2020).

A comunicação efetiva favorece a superação da fragmentação dos cuidados em saúde, em especial, quando realizada de maneira sistemática e regular, baseada na troca de conhecimentos (FARIAS *et al.*, 2018) e responsabilidades. O trabalho compartilhado não se materializa apenas na intervenção conjunta, mas sim no uso da comunicação para a pactuação de projetos terapêuticos (KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017). Assim, ações de educação permanente, com vistas à institucionalização de espaços formais de comunicação, que qualifiquem esses encontros com base no modelo dialógico, podem contribuir para o desenvolvimento da comunicação interprofissional efetiva.

- Clareza de Papéis

A competência Clareza de Papéis refere-se ao conhecimento que o profissional deve possuir sobre o seu papel e processo de trabalho e dos demais membros da equipe, utilizando-o para identificar e produzir cuidado a partir das necessidades dos usuários, famílias e

comunidade¹⁰. Foi possível extrair elementos sobre a clareza de papéis em 16 (dezesseis) artigos incluídos nessa revisão (AGUIAR *et al.*, 2014; CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013; ESCALDA; PARREIRA, 2018; MARIN; RIBEIRO, 2018; MORETTI-PIRES; CAMPOS, 2010; OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011; OLIVEIRA; SPIRI, 2006; PEDROSA; TELES, 2001; PERES *et al.*, 2001; PERUZZO *et al.*, 2018; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013; SILVA; ARANTES; FORTUNA, 2019; VILLA *et al.*, 2015; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; BISPO JÚNIOR; MOREIRAb; PREVIATO; BALDISSERA, 2018b; VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2017).

Nesse contexto, os ACS reconheciam que desenvolviam ações de promoção, prevenção, educação em saúde e imunização (PEDROSA; TELES, 2001), em contato direto com os usuários nas visitas domiciliares (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013). Os médicos (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013) e cirurgiões-dentistas (MORETTI-PIRES; CAMPOS, 2010) identificaram que suas práticas se restringiam à abordagem clínica individualizada. Já os enfermeiros reconheceram que exerciam além das ações assistenciais,

atividades de caráter gerencial e administrativo (MARIN; RIBEIRO, 2018).

A literatura incluída (AGUIAR *et al.*, 2014; ESCALDA; PARREIRA, 2018; PEDROSA; TELES, 2001; PREVIATO; BALDISSERA, 2018a) sugeriu que o conhecimento que os profissionais tinham em relação às ações de núcleo dos demais associava-se a um bom relacionamento entre a equipe, reconhecendo a necessidade das práticas de variadas categorias. Porém, foi identificada uma percepção distorcida do papel dos membros das equipes. Médicos classificaram o trabalho dos ACS e do profissional de enfermagem como auxiliares, atribuindo um papel limitado para tais profissionais (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

A divisão de tarefas nas equipes é um fator que gera a incompreensão dos trabalhadores de nível superior para com os ACS, os quais foram considerados menos importantes (MARIN; RIBEIRO, 2018; OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011; OLIVEIRA; SPIRI, 2006; PEDROSA; TELES, 2001; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013; SILVA; ARANTES; FORTUNA, 2019; VILLA *et al.*, 2015; BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018b). Cirurgiões-dentistas delegavam à enfermeiros a

responsabilidade de incluí-los nas atividades das equipes (PERUZZO *et al.*, 2018). Essa incompreensão sobre os papéis dos membros da equipe emergiu também em relação à dificuldade de entender o papel do NASF-AB por parte das equipes da ESF.

Ademais, os profissionais do NASF-AB apontaram a falta de clareza dos profissionais da ESF, usuários e gestores sobre o seu processo de trabalho, sem integração e diálogo entre as equipes (VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2017). Leite e colaboradores, 2014, identificaram duas concepções sobre o papel do NASF-AB: como apoio matricial de fato, reconhecendo a importância do trabalho em equipe, da troca de conhecimentos e experiências, e como sendo apenas um apoio de especialistas, colocado na condição de um núcleo específico, responsável por resolver os problemas dos usuários.

Um achado positivo da presente revisão foi o fato de os profissionais reconhecerem a importância do outro no trabalho colaborativo. O reconhecimento e valorização do outro são fundamentais para que o trabalho aconteça em um ambiente harmonioso e propício à interação e colaboração, gerando respeito, confiança, autonomia e

motivação para o desempenho das atividades. Assim, o reconhecimento entre os profissionais e de si mesmos como integrantes fundamentais da equipe, desenvolvendo um trabalho conjunto, com relações harmoniosas e autonomia profissional, são aspectos potencializadores da colaboração interprofissional (CARAM; REZENDE; BRITO, 2017).

Para a efetivação da colaboração interprofissional é fundamental conhecer os papéis de cada profissional (LAN *et al.*, 2018). No entanto, a incompreensão da própria profissão entre membros da equipe ainda persiste e não é uma realidade exclusiva do contexto brasileiro. Card e colaboradores, 2014, identificaram a falta de entendimento sobre o trabalho dos membros das equipes por residentes médicos no Canadá. Esse desconhecimento do trabalho do outro pode causar exclusão de categorias profissionais na articulação das ações de equipe (KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017). Logo, a falta de clareza, inter e intraprofissional, necessita ser objeto de debates e reflexões, visando aprimorar o trabalho em equipe a fim de ofertar atendimento eficaz e eficiente ao usuário (LAN *et al.*, 2018).

Por conseguinte, tal incompreensão de papéis está relacionada à fragmentação do trabalho, a qual baseia-se na concepção de equipes multiprofissionais demarcada pela sobreposição de saberes e fazeres que balizam as práticas de cada profissional (ARAÚJO *et al.* 2017). A articulação interprofissional não é algo novo, mas de difícil alcance, pois as profissões ainda estão muito arraigadas aos conhecimentos de seu núcleo específico, com dificuldade em promover uma verdadeira integração (REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018). Cada profissional sabe o que deve ser feito, mas, em muitos casos, não assume o compromisso para desenvolver o trabalho em equipe e produzir o cuidado (MARIN; RIBEIRO, 2018).

A interprofissionalidade possibilita aos trabalhadores compararem suas perspectivas e reconciliarem suas diferenças, ao mesmo tempo em que combinam energias e competências (BARR, 2012). A convivência entre os profissionais proporciona a aprendizagem compartilhada por meio do conhecimento de uns com os outros, através da interação e integração, sendo bastante potente para gerar transformações e o próprio desenvolvimento profissional (ROSSIT *et al.*, 2018).

- Liderança Compartilhada

A Liderança Compartilhada refere-se ao entendimento e possibilidade de compartilhamento coletivo do papel de liderança na equipe, onde todos possam se incluir e incluírem os demais nessa função, evitando a centralização em um único profissional (CIHC, 2010). Nesta revisão, 9 (nove) artigos apresentaram apontamentos referentes a essa competência (ESCALDA; PARREIRA, 2018; FARIAS *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2018; LANZONI; MEIRELLES, 2013; MARIN; RIBEIRO, 2018; OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011; PEDROSA; TELES, 2001; SILVA; TAVARES, 2016; VILLA *et al.*, 2015).

Um mecanismo identificado para a liderança compartilhada foi a existência de colegiados gestores que favoreciam a autonomia e a interação dos profissionais. No entanto, houve apontamentos sobre a sua falta de visibilidade pela gestão e as cobranças excessivas destes para com os trabalhadores, sem proporcionar o devido apoio e acarretando desapontamentos com esta

ferramenta de gestão (SILVA; TAVARES, 2016; VILLA *et al.*, 2015).

Nesse contexto, dois estudos identificaram que a liderança das equipes era delegada aos enfermeiros, os quais agiam com flexibilidade e reconhecimento do outro e da situação interpessoal (LANZONI; MEIRELLES, 2013; MARIN; RIBEIRO, 2018). Em alguns casos, não foram reconhecidos como tais devido a indicações verticalizadas da gestão, o que gerava conflitos (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

Compartilhar liderança parece ser, ainda, um desafio para as equipes de APS brasileiras (ESCALDA; PARREIRA, 2018; FERNADES *et al.*, 2015). Um dos aspectos que comprometia a efetivação da referida competência foi a existência de certa hierarquia nas responsabilidades estabelecidas no interior das equipes, sendo o líder visto como um “vigia/coordenador” (FARIAS *et al.*, 2018). Em contrapartida, na literatura especializada, há o entendimento de que liderança compartilhada aprimora processos, eficácia e performances em equipes. Logo, é fundamental democratizar esse papel de liderança entre os membros,

resultando em uma assistência de maior qualidade aos usuários (ONG; KOH; LIM, 2020).

Os colegiados gestores se apresentam como estratégia para uma liderança colaborativa. No entanto, predominavam nesses colegiados, pautas restritas ao agir técnico ou profissional, além de uma certa tensão entre os vários atores, como apresentado nos resultados desta revisão. Mesmo com tais fragilidades, cabe destacar que eles possibilitam pactuações, mediante relações simétricas e de coautoria. Assim, os colegiados gestores se configuram como cenários para uma mudança que inclua possibilidades de mediar os conflitos e os processos intersubjetivos (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2019), o que favorece a colaboração interprofissional.

Ademais, outro fator identificado como entrave para a liderança compartilhada foi o fato de os profissionais atrelarem a tal função um maior acúmulo de trabalho. Para eles, assumir o papel de liderança acarretava mais tarefas, o que era percebido negativamente por ACS, médicos e enfermeiros da ESF (PEDROSA; TELES, 2001). Entretanto, se a liderança é colaborativa tal fato é superado já que é esperado que a tomada de decisões seja em conjunto para assim formular,

implementar e avaliar a prestação de assistência. Logo, a liderança compartilhada desenvolve-se de maneira compreensiva, valorizando, motivando e inserindo na dinâmica de trabalho da equipe cada profissional, e mantendo o enfoque cooperativo sem que a responsabilidade recaia sobre um único indivíduo (PREVIATO; BALDISSERA, 2017).

A decisão compartilhada é realizada através da colaboração entre os sujeitos, culminando numa decisão aceita por todos (CAVEIÃO *et al.*, 2016). Portanto, a hierarquia em uma equipe que vislumbra a efetivação do trabalho colaborativo não deve ser rígida, permitindo o compartilhamento e complementaridade das ações, incluindo nestas a liderança e a tomada de decisão. Cada profissional contribui de acordo com o seu núcleo de competência, tomando a frente das ações e guiando os demais profissionais de forma democrática e inclusiva (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018a).

Em linhas gerais, os resultados indicaram uma ênfase no enfermeiro como líder das equipes. Esse fato está relacionado mais à parte burocrática do trabalho que propriamente à capacidade de liderar da Enfermagem, uma vez que dentro da equipe, em geral, é este o

profissional responsável pelo controle dos dados produzidos pelo serviço (BARRETO *et al.*, 2019; COUTINHO *et al.*, 2019). A liderança colaborativa leva a uma melhor decisão e os participantes se sentem valorizados dentro do processo de trabalho (DUUNN *et al.*, 2018), gerando assim um sentimento de pertencimento e corresponsabilidade no trabalho da equipe (ARRUDA *et al.*, 2018).

Como visto na realidade canadense, a tomada de decisão compartilhada requer maior conscientização das diferentes perspectivas profissionais sobre esse processo e melhor entendimento acerca dos diferentes atores envolvidos (DUUNN *et al.*, 2018). De tal modo, o estímulo a uma postura profissional e de equipe através da colaboração conduzirão os sujeitos a adotar princípios de liderança compartilhada (FORSYTH; MASON, 2017), visando possibilitar, portanto, um ambiente de trabalho colaborativo (ONG; KOH; LIM, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos artigos incluídos apresentou as competências consideradas neste estudo de forma isolada, sem correlacioná-las, evidenciando a necessidade de um maior aprofundamento teórico sobre a colaboração interprofissional. Os resultados encontrados sugerem que a clareza de papéis esteve presente em mais de 50% dos estudos incluídos, o que indica que a discussão do trabalho em equipe no contexto da APS brasileira ainda perpassa pela definição de atribuições profissionais.

Ainda, houve proximidade entre os resultados brasileiros e os verificados internacionalmente. Entretanto, existem lacunas de compreensão acerca da implementação dos princípios para a colaboração interprofissional na prática. Esse fato pode estar relacionado com a não utilização do conceito de interprofissionalidade e suas competências, ou com o uso inadequado de termos como interdisciplinaridade ou multiprofissionalidade e seus sinônimos, o que ainda persiste mesmo com os avanços das iniciativas e debates sobre o tema na atualidade.

Embora esta revisão venha demonstrar que é necessária uma maior aproximação com as competências analisadas, por serem um referencial mundial para o tema,

a metodologia de busca utilizada pode ter limitado os achados, o que não diminui a sua importância para o debate, já que a mesma contribui com informações que podem nortear o desenvolvimento de estudos futuros na área. Portanto, cabe a ressalva de que o método escolhido se justifica pelo intuito de demonstrar o estado de arte do tema em nível nacional, o que é essencial para uma melhor compreensão sobre a discussão das competências para o trabalho colaborativo.

Ademais, reforça-se que a colaboração interprofissional vem se consolidando como o modelo que apresenta melhores respostas às necessidades de saúde da população, de forma que um melhor entendimento sobre ela favorecerá as práticas cuidadoras mais resolutivas no SUS. Assim, mais estudos que ampliem a produção do conhecimento acerca da referida temática podem estimular a adoção, consciente e intencional, de gestores e trabalhadores da área da saúde, com vistas à efetivação de uma cultura de trabalho interprofissional colaborativo nas práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. M. L. *et al.* Oral health technicians in Brazilian primary health care: potentials and constraints. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 7, p. 1560-70, 2014.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. *Journal of Interprofessional Care*, v. 31, p. 184-186, 2017.
- ARAÚJO, T. A. M.; *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.
- ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 22, Supl.1, p. 1309-1323, 2018.
- BARR, H. Integrated and interprofessional care. *International Journal of Integrated Care*, v. 12, n. 5, e135, 2012.
- BARR, H.; LOW, H. *Introdução a Educação Interprofissional*. Fareham: CAIPE; 2013.
- BARRETO, A. C. O. *et al.* Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. *Revista brasileira de Enfermagem*, v. 72, Supl.1, p. 278-285, 2019.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis*, v. 28, n. 3, p. 1-20, 2018a.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho educação e saúde*, v. 16, n. 2, p. 683-702, 2018b.

CAMARGO, R. A. A.; ANJOS, F. R.; AMARAL, M. F. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 864-72, 2013.

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, e-1070, 2017.

CARD, S. E. *et al.* Postgraduate internal medicine residents' roles at patient discharge – do their perceived roles and perceptions by other health care providers correlate? *Journal of Interprofessional Care*, v. 28, n. 1, p. 76-78, 2014.

CAVEIÃO, C.; *et al.* Compreensão dos acadêmicos de enfermagem sobre trabalho colaborativo. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 3, p. 4796-802, 2016.

CHRISTMALS, C. D.; GROSS, J. J. An integrative literature review framework for postgraduate nursing

research reviews. *European Journal of Research in Medical Sciences*, v. 5, n. 1, p. 7-15, 2017.

CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competence framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010. Visto em: 03 Dez. 2019. Disponível em: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

COUTINHO, A. F. *et al.* Gestão em enfermagem de pessoal na estratégia saúde da família. *Revista de enfermagem da UFPE on line*, v. 13, n. 1, p. 137-147, 2019.

D'AMOUR, D. *et al.* Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, v. 19, Supl. 1, p. 116-131, 2005.

DUUNN, S. I. *et al.* Roles, processes, and outcomes of interprofessional shared decision-making in a neonatal intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, v. 32, n. 3, p. 284-294, 2018.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 22, Supl. 2, p. 1717-1727, 2018.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018.

FERNANDES, H. N. *et al.* Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, 2015.

FORSYTH, C.; MASON, B. Shared leadership and group identification in healthcare: The leadership beliefs of clinicians working in interprofessional teams. *Journal of Interprofessional Care*, v. 31, n. 3, p. 291-299, 2017.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 65, n. 4, p. 667-674, 2012.

GLERIANO J. S. *et al.* Processo de Trabalho: percepção da Equipe de Saúde da Família. *Revista de enfermagem da UFPE on line*, v. 13, e240566, 2019.

GOLDMAN, J.; KITTO, S.; REEVES, S. Examining the implementation of collaborative competencies in a critical care setting: Key challenges for enacting competency-based education. *Journal of Interprofessional Care*, v. 32, n. 4, p. 407-415, 2018.

KIM, L. Y. *et al.* What makes team communication effective: a qualitative analysis of interprofessional primary care team members' perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, v. 33, n. 6, p. 836-838, 2019.

KLEIN, A. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, e00158815, 2017.

LAM, P.; *et al.* P. Exploring healthcare professionals' perceptions of the anesthesia assistant role and its impact on patients and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, v. 32, n. 1, p.24-32, 2018.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. *Revista Brasileira de enfermagem*, v. 66, n. 4, p. 557-563, 2013.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis*, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014.

LONDON, M. K. *Primary Care Trust: Critical Appraisal Skills Programme*. Londres: Oxford; 2002.

LO, V. *et al.* The use of smartphones in general and internal medicine units: A boon or a bane to the promotion of interprofessional collaboration? *Journal of Interprofessional Care*, v. 26, n. 4, p. 276-282, 2012.

LUETSCH, K.; ROWETT, D. Developing interprofessional communication skills for pharmacists to improve their ability to collaborate with other professions. *Journal of Interprofessional Care*, v. 30, n. 4, p. 458-465, 2016.

MARIN, J.; RIBEIRO, C. D. M. Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família. *Revista bioética*, v. 26, n. 2, p. 291-301, 2018.

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. Equipe Multiprofissional em Saúde da Família: do Documental ao Empírico no Interior da Amazônia. *Revista brasileira de educação médica*, v. 34, n. 3, p. 379-389, 2010.

NASCIMENTO, C. M. B. *et al.* Configurações do processo de trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado integral. *Trabalho educação e saúde*, v. 16, n. 3, p. 1135-56, 2018.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P. Power relations in a Family Health multidisciplinary team according to an Arendtian theoretical model. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 15, n. 37, p. 539-550, 2011.

ONG, Y. H.; KOH, M. Y. H.; LIM, W. S. Shared leadership in interprofessional teams: beyond team characteristics to team conditions. *Journal of Interprofessional Care*, v. 34, n. 4, p. 444-452, 2020.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. A COVID-19 e o papel dos sistemas de informação e das tecnologias na atenção primária. Acesso em 16 Jun 2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52206/COVID-19FactsheetPNA_por.pdf?sequence=6.

OVERBECK, G.; KOUSGAARD, M. B.; DAVIDSEN, A. S. Enactments and experiences of ‘enhanced interprofessional communication’ in collaborative care - a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, v. 33, n. 5, p. 519-527, 2019.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, v. 2, n. 4, e20170372, 2018.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 22, Supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PERES, C. R. F. B.; CALDAS JÚNIOR, A. L.; SILVA, R. F.; MARIN, M. J. S. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Revista da escola de enfermagem da USP*, v. 45, n. 4, p. 905-911, 2011.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A liderança colaborativa no processo de trabalho das equipes da atenção primária à saúde. In: Anais do 10º Encontro Internacional de Produção Científica; 2017; Maringá, Brasil. UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá; 2017. Disponível em:

<http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/1892>,
Acesso em: 13 Abr 2020.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A.
Communication in the dialogical perspective of
collaborative interprofessional practice in Primary Health
Care. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 22,
Supl. 2, p. 1535-47, 2018a.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da
prática interprofissional colaborativa nas equipes da
atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de
Enfermagem*, v. 39, p. 2017-2032, 2018b.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to
improve the delivery of safe and effective care. *Interface
Comunicação, Saúde e Educação*, v. 20, n. 56, p. 185-196,
2016.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on
professional practice and healthcare outcomes (update).
Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 28, n. 3, p.
1-41, 2013.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F.; RAMOS, A. R. O
exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade
como arte de cuidar: inovações e desafios. *Escola Anna
Nery*, v. 22, n. 4, e20170441, 2018.

ROSSIT, R. A. S. *et al.* The research group as a learning
scenario in/on Interprofessional Education: focus on
narratives. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v.
22, Supl. 2, p. 1511-1523, 2018.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde em debate*, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. *Revista da escola de enfermagem da USP*, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde em debate*, v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016.

SILVA, I. S.; ARANTES, C. I. S.; FORTUNA, C. M. O conflito como possível catalisador de relações democráticas no trabalho da equipe de Saúde da Família. *Revista da escola de enfermagem da USP*, v. 53, 2019.

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 23, e170395, 2019.

VALADÃO, P. A. S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de Equipes De Saúde da Família. *Trabalho educação e saúde*, v. 15, n. 3, p.725-744, 2017.

VILLA, E. A.; ARANHA, A. V. S.; SILVA, L. L. T.; FLÔR, C. R. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em debate*, v. 39, n. 107, p. 1044-52, 2015.

FORSYTH, C.; MASON, B. Shared leadership and group identification in healthcare: The leadership beliefs of clinicians working in interprofessional teams. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 3, p. 291-299, 2017.

TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL INFANTOJUVENIL: UMA ABORDAGEM PARA A SAÚDE COLETIVA

Rayssa Naftaly Muniz Pinto

Nyellisonn Nando Nóbrega de Lucena

Ynnaiana Navarro de Lima Santana

Tatiana El-Jaick Bonifácio Costa

Eliane Batista de Medeiros Serpa

Ana Maria Gondim Valença

1. INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil acomete indivíduos de 0 a 19 anos de idade e ocorre devido à proliferação exacerbada de células atípicas de origem embrionária, que são agressivas e podem atingir vários locais no organismo. Os tipos mais

frequentes, nesse período de vida, são as leucemias, tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) e os linfomas.¹

Os tumores do SNC representam a segunda neoplasia mais comum e o tumor sólido que mais afeta essa faixa etária, representando 20% dos cânceres na infância.² A incidência é de 20,49 casos por milhão, entre indivíduos de 0 a 14 anos, e de 17,94 casos por milhão, entre 0 e 19 anos. Além disso, o maior pico de incidência ocorre entre 1 e 4 anos, com uma taxa de mortalidade de 10,26 por milhão de crianças e adolescentes e sobrevida de 42%.³

Dessa forma, diversas particularidades, como longos períodos de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, dificuldades no acesso aos serviços especializados, entre outros entraves, são encontrados quando comparados a outros cânceres que acometem o público infantojuvenil. O período entre o surgimento dos sintomas e seu seguimento para começar o tratamento são pontos decisivos para o prognóstico.⁴ Todavia, em crianças e adolescentes, os sinais e sintomas podem apresentar-se de forma muito inespecífica, podendo gerar atraso na condução do caso.⁵ Portanto, o diagnóstico precoce necessita ser instituído em tempo hábil, e o

acompanhamento dessa criança/adolescente deve ser realizado em um centro de referência oncopediátrico, com assistência de uma equipe multidisciplinar e com profissionais especializados que garantam um atendimento eficiente e adequado, proporcionando, assim, um melhor prognóstico e qualidade de vida⁴.

Destarte, o presente capítulo é uma revisão de literatura, no qual abordaremos os principais aspectos dos tumores do Sistema Nervoso Central (SNC), demonstrando o seguimento dos casos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e os desafios evidenciados na perspectiva da Saúde Coletiva.

2. DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E ESTADIAMENTO DOS TUMORES DO SNC

Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA), os tumores do SNC podem ser definidos como o surgimento descontrolado de células anormais na região do cérebro e da medula espinhal.²

Os tumores do SNC são organizados mediante a Classificação Internacional do Câncer na Infância (CICI-3), que distribui os tumores infantis de acordo com o CID-

O/3, dividindo em 12 grupos principais e 47 subgrupos. Nessa classificação, que ocorre devido à topografia e à morfologia, os tumores do SNC e a miscelânea de neoplasias intracranianas e intraespinhais estão representados pelo grupo III (INCA, 2008)⁶, que é composto pelas categorias visualizadas na figura 1.

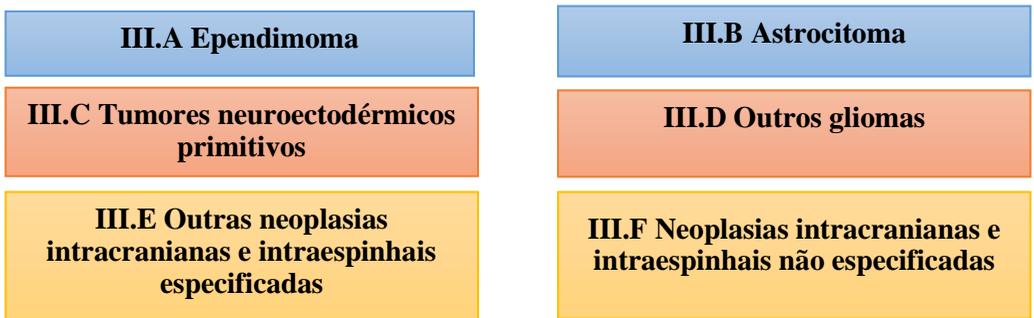


Figura 1: Categorias dos tumores do Sistema Nervoso Central na Classificação Internacional do Câncer na Infância (CICI-3).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2016, a classificação dos tumores do SNC, sendo atualizada em 2021. Essa nova classificação norteia os patologistas para o diagnóstico e inclui algumas alterações moleculares que foram evidenciadas ao longo do tempo e modificaram a classificação de alguns tumores do SNC.⁷

O estadiamento ocorre por meio de uma classificação que visa avaliar o grau de disseminação dos tumores.

Assim, classificar os casos de câncer em estágios é relevante, pois as taxas de sobrevivência diferem quando a patologia se encontra localizada em um órgão de origem ou quando ela se espalha para outras regiões. Atualmente, um dos sistemas mais comuns é o TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Ele avalia a extensão da doença através das características evidenciadas no tumor de origem primária (T), dos linfonodos e cadeias de drenagem do órgão afetado (N), e por meio da ausência ou presença de metástase à distância (M). Dessa forma, as graduações variam de T₀ até T₄, de N₀ a N₃ e M₀ até M₁.⁸

Em alguns tipos de cânceres, também são utilizadas outras formas de classificação, como por exemplo os graus (Figura 2). Desse modo, o grau recebe uma numeração específica, em que as mais baixas identificam os casos com menor gravidade; as células são semelhantes às normais e tendem a se desenvolver de forma mais lenta. Os casos de alto grau possuem células mais atípicas e que geralmente crescem de forma mais rápida.⁹

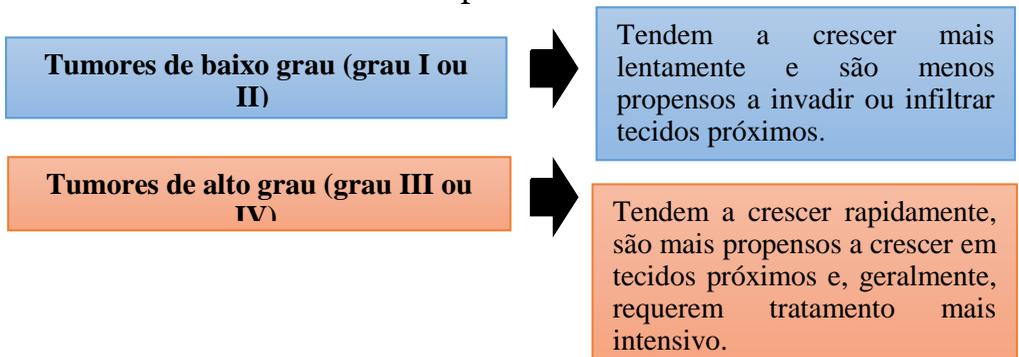


Figura 2: Classificação do estadiamento por graus.

Para os tumores do SNC, o estadiamento é realizado mediante achados encontrados no resultado da ressonância magnética que é realizada no crânio, na coluna e também através da análise da citologia oncológica do líquido. Assim, todos os casos são analisados de forma individualizada, pois cada tipo de tumor possui suas especificidades.² Esse tipo de tumor não tem um sistema de estadiamento formal como a maioria dos outros cânceres. Desse modo, alguns tipos de tumores, a exemplo de meduloblastoma, possuem estadiamento melhor definidos. Portanto, ao surgirem no cérebro ou na medula espinhal, eles se espalham para outras partes do SNC, mas raramente se disseminam e chegam a afetar outros órgãos.¹⁰

3. EPIDEMIOLOGIA DOS TUMORES DO SNC EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os tumores do SNC configuram-se como o segundo tipo de câncer mais comum na população pediátrica,

representando de 16 a 23% de todas as neoplasias até os 19 anos, sendo fortemente expressivo na região infratentorial, alcançando até 60% dos casos, e o desenvolvimento nessa localização torna-se raro em crianças menores de 01 ano.¹¹

A incidência desses tumores varia entre as idades, sendo a faixa etária de 4 a 9 anos a mais acometida. De maneira geral, um estudo desenvolvido com dados de 153 registros de câncer de base populacional, distribuídos por todo o mundo, revelou que as taxas de incidência padronizadas por idade (0 – 14 anos) para os tumores de SNC foi de 28,2 por milhão, podendo variar de acordo com a região geográfica, as características demográficas e clínicas do tumor.¹² Outro estudo desenvolvido em 19 países europeus evidencia também um aumento da incidência dos tumores do SNC em crianças (variação média anual de 0,49%).¹³

No Brasil, esses tumores têm representado o segundo tipo mais incidente para indivíduos de 0 a 14 anos (16%), com mediana da taxa de incidência de 20,4 casos por milhão, enquanto que, para adolescentes, ocupam a terceira colocação, com 13% de representatividade e uma taxa de 17,9 por milhão.³

Essa doença, nos Estados Unidos, representa a principal causa de morte por câncer em indivíduos de 0 a 14 anos, com uma taxa de mortalidade média anual ajustada por idade de 0,72 por 100.000, e a segunda causa mais comum em adolescentes e adultos jovens, atingindo 0,96 dessa taxa.¹¹ Um estudo desenvolvido nos países da União Europeia, no período de 1990 a 2017, determinou um declínio na taxa de mortalidade (AAPC: -1,7%), variando de acordo com a região.¹⁴

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) informou, em uma de suas publicações, que, para o período de 2009 a 2013, a taxa de mortalidade ajustada por idade para crianças e adolescentes com tumores de SNC foi de 10,26 por milhão, sendo 10,74 óbitos por milhão para o sexo masculino e 9,76 por milhão para o sexo feminino. Ao analisar por região, foi observada uma variação nessas taxas, sendo a maior na região Sul (13 por milhão) e a menor no Norte (7 por milhão). Além disso, pôde ser descrita tendências crescentes da taxa de mortalidade para o período estudado tanto para o Brasil (AAPC: +1,8%) quanto para a região Nordeste (AAPC: +4,9%).³ Outro estudo, com um período de 1996 a 2015, mostra que a maior taxa de mortalidade

(1,3 por 100.000) ocorreu em crianças de 0 a 4 anos, entre os anos de 2012 e 2013.¹⁵

Em meio a essas informações, torna-se imprescindível conhecer o panorama geral dos tumores de sistema nervoso central em crianças e adolescentes, buscando estratégias que melhorem a sobrevida e diminuam a mortalidade nessa população, a partir de técnicas eficazes para diagnóstico, regimes terapêuticos avançados, cuidados de suporte e recursos humanos com expertise na área de oncopediatria.¹⁶

4. DIAGNÓSTICO PRECOCE DOS TUMORES DO SNC EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Como já descrito, o diagnóstico precoce dos tumores cerebrais pode diminuir a morbidade da doença e as sequelas a longo prazo.² Em muitos países, assim como no Brasil, os pacientes têm diagnóstico estabelecido na fase avançada ou metastática da doença, o que, somado à agressividade própria do tumor, dificulta o tratamento e piora significativamente o prognóstico.¹⁷

Além das dificuldades encontradas para obter-se um diagnóstico preciso devido à centralização de tratamentos

de qualidade nas capitais, a falta de acesso prejudica os pacientes que necessitam se deslocar desde a primeira consulta até o início do tratamento, acontecendo, muitas vezes, o atraso ou a desistência por falta de recursos.¹⁸

Na América Latina e no Caribe, estima-se que haja pelo menos 29 mil crianças diagnosticadas e que cerca de 10 mil morrerão, embora a maioria dessas mortes pudesse ser evitada. As mortes evitáveis por câncer infantil ocorrem por falha no diagnóstico, diagnóstico incorreto ou tardio, dificuldade de acesso aos cuidados ou abandono do tratamento, entre outros.¹⁹

Perante essa dificuldade, em 2011, no Reino Unido, foi lançada a campanha "HeadSmart: Be Brain Tumor Aware", representando uma estratégia para garantir redução no intervalo total de diagnóstico de uma mediana pré-campanha (2006), de 14 semanas, para 5 semanas.²⁰

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou um curso virtual sobre diagnóstico precoce de câncer em crianças e adolescentes, em fevereiro de 2022, para melhorar as competências e habilidades dos profissionais da atenção primária, a fim de que possam detectar precocemente e diagnosticar o câncer infantil em tempo hábil. Globalmente, a taxa de cura do câncer

infantil é de 30%. Para atingir uma taxa de sobrevivência de pelo menos 60% para crianças com câncer até 2030, em todo o mundo, a OMS está realizando a iniciativa “CureAll”, que na região é implementada pela OPAS, sob o nome “CureAll Americas”. Doze países, incluindo Brasil, estão atualmente participando do “CureAll Americas”, desenvolvendo ou fortalecendo seus planos nacionais de câncer infantil e expandindo o acesso a serviços de diagnóstico e tratamento, com o apoio da OPAS.¹⁹

A maioria das crianças com câncer vive em países de baixa e média renda, as quais enfrentam desigualdades inaceitáveis na detecção precoce, no diagnóstico e no acesso a tratamento de qualidade e cuidados paliativos. Essas desigualdades geram lacunas nas taxas de sobrevivência, que variam de 20% a 80%, dependendo do país. A OPAS pede melhores taxas de sobrevivência de crianças e adolescentes com câncer, atualmente em 55%, na América Latina e no Caribe.¹⁹

Ao receber o diagnóstico do câncer, o paciente deve ser assistido por uma equipe multidisciplinar que inclua médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, dentre outros profissionais, para avaliar o paciente e recomendar a terapêutica apropriada, no intuito de minimizar ou

erradicar os sintomas para a melhora do seu bem-estar durante o tratamento.²¹

Em 2012, foi instituída a Lei Federal nº 12.732, que estabeleceu, como prazo máximo para início do tratamento de qualquer paciente com neoplasia maligna, o limite de 60 dias após o diagnóstico²² (Figura 3). Contudo, alguns estudos apontam que, em se tratando de câncer infantojuvenil, no cotidiano dos serviços de saúde, esse prazo é superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (MS).²³

Art. 1º. O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Art. 2º. O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a

Art. 3º. O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Art. 4º. Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

Figura 3: Lei Federal nº 12.732, 2012

Fonte: VALENÇA et al. Contribuição da Equipe de Saúde Bucal para o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil

e o fluxo de atendimento do paciente oncológico pediátrico na Paraíba. In: Cuidados em saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Organizadores: Edson Hilan Gomes de Lucena, Yuri Wanderley Cavalcanti. - João Pessoa: Editora UFPB, 2021.

Quanto ao câncer infantojuvenil, estudo realizado no estado da Paraíba, avaliando o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento de crianças no período de junho de 2013 a junho de 2017, bem como o cumprimento da Lei nº 12.732, constatou que 98% delas iniciaram seu tratamento antes de 60 dias. Contudo, com base nos resultados encontrados e nas características peculiares do câncer infantojuvenil, foi sugerido reduzir o tempo máximo do início do tratamento preconizado pela Lei 12.732 para as crianças e adolescentes.²⁴

Crianças com sinais e sintomas persistentes devem ser avaliadas com histórico, exame físico e neurológico e com exames de imagem, quando indicado. O diagnóstico do câncer infantil é um processo complexo, e muitas são as variáveis que parecem influenciá-lo. A detecção precoce e o pronto início do tratamento têm importante papel na redução da mortalidade e morbidade do tratamento. O melhor entendimento da relação entre esses fatores é de fundamental importância para o desenvolvimento de

estratégias de saúde pública para detecção precoce do câncer infantil.²⁵

Na maioria dos casos, as causas dos tumores de SNC são desconhecidas. Algumas síndromes genéticas podem predispor pacientes a ter tumores de sistema nervoso central (cerca de 10% dos casos), como a neurofibromatose tipo I (gliomas de vias óticas), neurofibromatose tipo II (Schwannomas), Esclerose tuberosa (astrocitomas subependimários), Síndrome Sturge-Weber (hemangiomas), Doença de Von Hippel-Lindau (hemangioblastomas), Síndromes de Gorlin e Turcot (meduloblastomas) e Síndrome Li-Fraumeni (astrocitomas). Um fator de risco ambiental conhecido é a radiação ionizante, que está associada ao aumento do desenvolvimento de tumores de SNC.²

De acordo com a Sociedade Americana de Câncer,²⁶ grande parte dos cânceres na infância são resultados de alterações no DNA no início da vida, portanto difíceis de serem prevenidos. A sobrevivência de crianças e adolescentes com câncer depende do diagnóstico e tratamento precoces. Em razão da apresentação clínica do câncer infantojuvenil ocorrer mediante sinais e sintomas que são comuns a outras doenças, o seu diagnóstico precoce é desafiador.

A apresentação inicial dos tumores de SNC em crianças mimetiza sinais e sintomas de condições clínicas mais comuns e menos graves da infância, resultando em dificuldades e retardo no diagnóstico. A apresentação clínica primária depende da localização do tumor e da idade do paciente. Lactentes tendem a apresentar sintomas inespecíficos como macrocefalia, não ganho de peso, perda dos marcos do desenvolvimento e vômitos. Crianças maiores costumam apresentar sinais neurológicos de localização e sintomas de hipertensão intracraniana, como cefaleia, náuseas, vômitos, e paralisia de pares cranianos.²

A Figura 4 elenca os principais sinais e sintomas de câncer de SNC infantojuvenil.

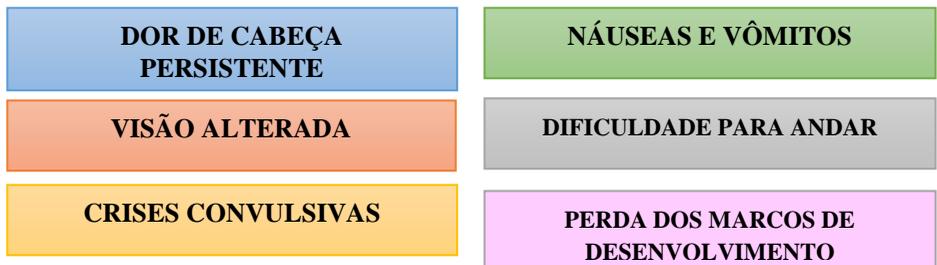


Figura 4: Principais Sinais e Sintomas de Alerta de Câncer de Sistema Nervoso Central infantojuvenil.

Para o diagnóstico, a ressonância magnética de crânio é o exame principal para a investigação. Na

impossibilidade desse exame, deve ser solicitada a tomografia de crânio com contraste. O diagnóstico é realizado, na maioria das vezes, por meio do estudo histopatológico do tumor, coletado por biópsia ou ressecção cirúrgica.² A prevenção do câncer infantil ainda é um desafio. A ênfase atual deve ser dada ao diagnóstico precoce, agilidade no fluxo de atendimento e terapêutica de qualidade.

5. TRATAMENTO DOS TUMORES DO SNC EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A decisão sobre o melhor tratamento para o um paciente com diagnóstico de tumor de SNC só pode ocorrer se o diagnóstico correto for feito e se o estadiamento da doença for determinado com precisão. Esses pacientes representam um grande desafio terapêutico, e, para que resultados ótimos sejam alcançados, deve-se ter atuação coordenada de especialistas em diversas áreas, como neurocirurgia, neuropatologia, oncologia pediátrica, radioterapia, radiologia, equipe multiprofissional de reabilitação, endocrinologia, entre outros.²⁷

Nas últimas décadas, tem-se conquistado progressos significativos no tratamento das crianças e adolescentes com câncer, com sobrevidas que chegam a 80%. Esse avanço se deve à realização de ensaios clínicos cooperativos, conduzidos por grupos de oncologistas de diversos centros de tratamento.²⁸ A melhora dessa sobrevida, inicialmente, ocorreu devido à intensificação da terapia, especialmente, para subgrupos de pacientes classificados como alto risco, juntamente com avanços nos cuidados de suporte clínico. No entanto, efeitos tardios induzidos por essas terapias são cada vez mais observados e estudados nos pacientes sobreviventes de câncer na infância ou adolescência.²⁹ Por isso, nos últimos anos, com o desenvolvimento da medicina de precisão, o foco dos ensaios clínicos em oncologia pediátrica tem-se voltado, cada vez mais, para a incorporação de tais agentes associados, até mesmo substituindo quimioterapias em altas doses, melhorando a qualidade de vida dos pacientes, sem piora de prognóstico.³⁰

5.1. Tipos de tratamento

- *Cirurgia*

O principal objetivo da cirurgia no tratamento oncológico de crianças e adolescentes é a ressecção máxima, porém segura, do tumor.³¹ No entanto, ela pode ser realizada por diferentes razões, como biópsia, remoção da maior quantidade possível do tumor ou para ajudar a prevenir ou tratar possíveis complicações do tumor, como hipertensão intracraniana.

- *Quimioterapia*

A quimioterapia é um tratamento sistêmico, que utiliza medicações que irão impedir a multiplicação celular, não somente das células cancerígenas como também das células saudáveis do corpo. De forma geral, é administrada por via venosa, porém alguns podem ser administrados por via oral e outros diretamente no líquido cefalorraquidiano. Ela pode ser administrada antes ou após a cirurgia e a radioterapia. Os quimioterápicos mais utilizados nos tratamentos de tumores do sistema nervoso incluem: carboplatina, cisplatina, ciclofosfamida, etoposide, metotrexato, temozolomida, vincristina, entre outros.²⁷ Esses medicamentos podem ser usados sozinhos

ou em várias combinações, dependendo do tipo de tumor cerebral.

- Radioterapia

O tratamento radioterápico consiste no uso de radiações ionizantes para destruir ou inibir o crescimento das células tumorais. Os tipos de radiação mais utilizadas são as eletromagnéticas (Raios X ou Raios gama) e os elétrons (disponíveis em aceleradores lineares de alta energia). Ela pode ser utilizada em diferentes situações, como adjuvante, para tratar as células cancerígenas remanescentes após o procedimento, como principal tratamento curativo, paliativa e para controle de sintomas da doença.

A radioterapia não é administrada em crianças com menos de 3 anos, devido aos potenciais efeitos colaterais a longo prazo do desenvolvimento do cérebro, com exceção dos pacientes com ependimoma e os pacientes recidivados.²⁷

5.2. Tratamentos para alguns tumores do SNC mais frequentes em crianças e adolescentes

- *Meduloblastoma*

Para os tumores do tipo meduloblastoma, o procedimento prioritário no manejo do paciente deve ser a máxima ressecção cirúrgica segura.³² O grau de ressecabilidade do tumor está diretamente relacionado com um melhor prognóstico, em particular, nos pacientes com doença não metastática. Após o procedimento cirúrgico, os pacientes são classificados em grupos de risco, de acordo com algumas características, como a extensão da ressecção cirúrgica, da doença ao diagnóstico e, mais atualmente, análise da biologia molecular. A partir disso, define-se o tratamento com poliquimioterapia e radioterapia, aos quais o tumor é sensível.³³

Para todos os estadiamentos do tumor, a poliquimioterapia é utilizada. A radioterapia também tem importante impacto no tratamento desse tipo de tumor, já sendo demonstrado que, quando indicado, pacientes que fazem radioterapia no início do tratamento evoluem melhor do que os que não a realizam.³³ Para os pacientes metastáticos ao diagnóstico, utiliza-se, hoje em dia, radioterapia, associado a altas doses de quimioterapia, com transplante de medula óssea após.

- *Ependimoma*

O tratamento do ependimoma infantil inicia com abordagem cirúrgica. O tipo de terapia adjuvante administrada, como uma segunda cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, irá depender do subtipo do ependimoma, da localização do tumor, do grau de ressecabilidade cirúrgica, do estadiamento e da idade da criança. Mas, na maioria das vezes, a terapia pós-cirúrgica utilizada limita-se à radioterapia.³⁴

- *Glioma de tronco cerebral*

Esse tipo de tumor tem prognóstico reservado. Seu tratamento consiste, principalmente, em radioterapia. As respostas costumam ser efêmeras, e a maior parte dos pacientes acabam progredindo com doença e evoluindo para óbito após 18 meses da irradiação.³⁵

- *Glioma de baixo grau*

Para pacientes com esse tipo de tumor, caso sejam assintomáticos, pode-se apenas acompanhar a evolução da lesão. A cirurgia nesses casos é curativa. Algumas localizações tumorais impedem a ressecção completa, porém, mesmo nesses casos, a sobrevida desses pacientes

costuma ser longa.³⁶ O uso de quimioterapia fica restrito para pacientes pequenos, que não podem ser irradiados. Em caso de recidivas, a terapia de escolha também consiste em abordagem cirúrgica.

- *Glioma de alto grau*

Assim como outros tumores do sistema nervoso central, a cirurgia com ressecção total permite melhor prognóstico do paciente, porém, na maioria das vezes, não é possível de ser realizada. Após a cirurgia, os pacientes fazem radioterapia, associado à quimioterapia. Terapias-alvo estão em estudo, como uma tentativa de melhorar a sobrevida desses pacientes.³⁷

- *Tumor de células germinativas*

A cirurgia nem sempre é mandatória nesses tipos de tumores, sendo a radioterapia a principal escolha para algumas histologias, como os germinomas. Associado à irradiação, a depender da histopatologia, a quimioterapia também é utilizada nesses tipos de tumores. Esses tumores costumam ser quimiossensíveis e radiosensíveis. No entanto, o uso de quimioterapia neoadjuvante ou pré-irradiação permite reduzir as doses e volumes da

radioterapia e, posteriormente, minimizar os efeitos relacionados à radioterapia a longo prazo.³⁸

6. SOBREVIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TUMORES DO SNC

A sobrevida de crianças e adolescentes acometidos pelos tumores do SNC deve ser analisada no mundo e no Brasil, para avaliar medidas de saúde efetivas, a fim de melhorar o acesso e a qualidade da assistência desenvolvida, refletindo, assim, em um melhor prognóstico e qualidade de vida para o paciente.

A partir dos avanços terapêuticos e de diagnóstico, a sobrevida de crianças e adolescentes tem ultrapassado os 80% nos países desenvolvidos³⁹, enquanto que, no Brasil, tem ocorrido em 64% dos casos.³ Particularmente, para os tumores de sistema nervoso central, um relatório estatístico (CBTRUS) dos Estados Unidos aponta uma sobrevida de até 97,1% para crianças, podendo variar de acordo com a histologia do tumor.¹¹ No Japão e na Inglaterra, no período de 1993 a 2010, essa sobrevida atingiu cerca de 50% dos casos, reforçando a necessidade de serviços de saúde de qualidade.⁴⁰

Um estudo realizado na Dinamarca demonstrou que a taxa de sobrevida global, em 5 e 10 anos, após o diagnóstico desse tipo de tumor, foi de 77,6%. Assim, ao longo do tempo, a sobrevida global, em cinco anos, melhorou de 73,0% - em 1997-2008- para 83,2%- em 2009-2019- em crianças de 0 a 4 anos de idade, porém alguns subtipos ainda possuem um prognóstico desfavorável.⁴¹ Um estudo realizado em Girona, município localizado no nordeste da Espanha, obteve como resultado uma sobrevida, em 5 anos, de 68%, para pacientes menores de 19 anos e para os de 14 anos de idade, o que representa um valor comparável a outras pesquisas desenvolvidas na Espanha.⁴²

Em um estudo realizado em um hospital pediátrico de referência na cidade do México, evidenciou-se uma sobrevida global em 5 anos de 70%. Esse dado se aproxima de resultados encontrados nos EUA, que, entre 2000 e 2015, obteve uma sobrevida de 73% em crianças de 0 até 14 anos, porém os autores afirmam que existe uma grande variabilidade dos resultados devido às consideráveis diferenças encontradas em outras regiões do país. Isso também pode ser evidenciado em pesquisas desenvolvidas em toda a Europa.⁴³

Desse modo, quando analisamos pesquisas desenvolvidas na América Latina, também encontramos resultados diversificados. O Brasil apresentou sobrevida, em cinco anos, de 45%, e outro estudo na Colômbia não evidenciou sobrevida global.⁴³ Isso ocorre devido à escassez de estudos que abordem a temática em questão.⁴²

Em 2016, um estudo desenvolvido pelo INCA apontou que, no Brasil, a estimativa de sobrevida para as crianças e adolescentes com tumores do SNC era de 42%, porcentagem abaixo de outros países supracitados, o que pode estar associada à dificuldade de diagnóstico e tratamento, assim como da sistematização da informação do paciente. Apesar de alguns estados brasileiros apresentarem tendências crescentes da incidência, caracterizada pela Variação Percentual Média Anual (AAPC)- a exemplo de Goiânia (de 0 a 14 anos: AAPC +3,9%; de 0 a 19 anos: AAPC +3,1%) e Fortaleza (de 0 a 14 anos: AAPC +6,4%; de 0 a 19 anos: AAPC +7,5%)-, o estado de São Paulo destaca-se por apresentar uma tendência decrescente (de 0 a 14 anos: AAPC -4,8%; de 0 a 19 anos: AAPC -4,6%) desse número de casos.³

Ainda no âmbito nacional, uma pesquisa realizada em Fortaleza/CE, no período entre janeiro de 2000 e

dezembro de 2006, apresentou uma sobrevida em 5 anos após o diagnóstico, que foi de 84% para astrocitomas de baixo grau e 51% para meduloblastomas e tumores neuroectodérmicos primitivos (PNET).⁴⁴ Assim, um estudo desenvolvido em um hospital de referência em Belo Horizonte (MG), entre março de 2003 até dezembro de 2009, obteve como resultado uma sobrevida global (SGLO) em 5 anos de 42% (IC 95%, 33% a 53%).⁴⁵

7. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O PACIENTE PEDIÁTRICO COM TUMOR DO SNC

As Redes de Atenção à Saúde (RASs) no Sistema Único de Saúde (SUS) podem ser definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permita garantir a integralidade do cuidado.⁴⁶

A Política atual de atenção oncológica foi estruturada na lógica das RASs e visa melhorar a qualidade de vida dos usuários, reduzir a mortalidade, a incidência e as condições incapacitantes causadas pelo câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce,

tratamento oportuno e cuidados paliativos. Tais ações devem ser ofertadas dentro de um modelo de atenção e serviços integrados e articulados em rede.⁴⁷

A rede de atenção às pessoas com câncer é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar - CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e Complexos -, Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação dos Sistemas Logísticos e Governança.⁴⁸ A organização da rede de atenção é fundamental para o diagnóstico precoce, o tratamento e a cura de crianças e adolescentes com câncer, possibilitando redução no tempo entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, o diagnóstico e o início do tratamento oncológico adequado.⁴⁹

A rede de atenção oncológica para crianças e adolescentes com tumores do SNC deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica, estando previsto que os distintos pontos de atenção à

saúde devem garantir tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender às regiões de saúde, através de definições mínimas de competências, responsabilidades e articulação dos diferentes componentes da rede de atenção à saúde, que são: atenção básica, atenção domiciliar, atenção especializada, atenção ambulatorial, atenção hospitalar, sistemas de apoio, de governança, logístico e de regulação.⁵⁰ O tratamento de pacientes oncológicos pediátricos com tumores do SNC deve ser realizado nos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia – UNACON e CACON.⁵¹

A Figura 5 ilustra, de forma esquemática, a RAS oncológicos pediátricos.



Figura 5: Esquema representativo da organização da RAS para o câncer infantojuvenil.

Recentemente, em 8 março de 2022, foi aprovada Lei Nº 14.308,⁵² que instituiu a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica, com o intuito de aumentar os índices de sobrevivência, de reduzir o abandono ao tratamento e de melhorar a qualidade de vida das crianças e adolescentes com câncer de 0 a 19 anos. Essa Lei estabelece ações de prevenção, de detecção precoce, de tratamento, de assistência social e de cuidados paliativos. Nessa perspectiva, a fim de assegurar o cuidado integral às crianças e aos adolescentes abrangidos pela Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica, ela contempla as ações visualizadas na Figura 6.



Figura 6: Ações estabelecidas pela Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica (Lei Nº 14.308, de março de 2022).

Nesse contexto, os profissionais que atuam na Atenção Básica devem estar capacitados para a identificação de crianças e adolescentes com sinais e sintomas suspeitos de tumores do sistema nervoso central e referenciar esses pacientes para outros níveis de atenção, com o intuito de investigar os casos suspeitos, objetivando a confirmação diagnóstica e o início do tratamento oncológico.

Um outro aspecto a ser ressaltado é que a organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nessa região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas à abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços. A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.⁵³

Esse é um ponto central, e, portanto, é importante considerar que, para o diagnóstico dos tumores de sistema nervoso central, os exames de imagem mais frequentemente utilizados, como mencionado anteriormente, são a ressonância magnética de crânio e a tomografia de crânio com contraste.² Ainda, para o tratamento desses tumores em crianças e adolescentes, a radioterapia, em especial, e a quimioterapia, em menor destaque, são as modalidades terapêuticas mais frequentemente utilizadas. Infelizmente, o itinerário diagnóstico e terapêutico de crianças e adolescentes com tumores do SNC pode resultar na necessidade de serem realizados longos trajetos, devido ao distanciamento das residências das crianças aos locais de referência. Além disso, durante o tratamento ou por decorrência desse, os pais apresentam diversas dificuldades, incluindo financeiras para custear, além das viagens, as estadias nos grandes centros.⁵⁴

Nessa perspectiva, é necessário ampliar a sensibilização do sistema de saúde para o diagnóstico precoce dos tumores do SNC na criança e adolescente, pois o diagnóstico tardio é um dos fatores que contribuem para resultados pouco promissores no tratamento do câncer

nesses pacientes. Tal cenário reforça a necessidade de articulação entre rede de assistência e a oncologia pediátrica, alertando que apenas o diagnóstico não é suficiente se não for garantido o acesso aos centros especializados de tratamento. Portanto, o caminho mais assertivo para a oferta de cuidado digno às crianças e aos adolescentes com câncer envolve o compartilhamento de responsabilidades, estabelecendo-se fluxos ágeis e resolutivos, em que cada nível de atenção tem sua especificidade e importância.⁴⁹

Em síntese, a solução para as lacunas existentes no acesso à assistência oncológica perpassa o adequado planejamento e a avaliação do setor saúde, bem como a construção de redes assistenciais que considerem, entre outros aspectos, a regionalização do atendimento e as distâncias percorridas pelos usuários na busca pela assistência.⁵⁵

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a suspeita e o diagnóstico precoce estão entre as formas encontradas para minimizar os agravos decorrentes do câncer infantojuvenil, em especial, os tumores do SNC e o impacto por eles provocado.

Reafirmamos o papel estratégico da Atenção Básica, tanto na realização da escuta qualificada, quanto no cuidado pautado no vínculo com toda a família, possibilitando, portanto, uma contínua articulação na RAS, referenciando, de forma assertiva, para os centros especializados, ampliando a possibilidade da rápida instituição do tratamento, favorecendo um melhor prognóstico e a redução de mortalidade por essas causas.

Todos os profissionais de saúde atuantes nos diferentes pontos da RAS de crianças e adolescentes com câncer devem estar preparados e com todo o suporte necessário para proporcionar o cuidado resolutivo e de qualidade ao paciente oncológico pediátrico.

9. REFERÊNCIAS

- 1 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. **Câncer infantojuvenil**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil> > Acesso em: 10 maio 2022.
- 2 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. **Tumores do Sistema Nervoso Central**. Versão para profissionais. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt->

br/assuntos/cancer/tipos/infantojuvenil/especificos/tumores-do-sistema-nervoso-central > Acesso em: 10 maio 2022.

3 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: Acesso em: 15 mai 2022.

4 SILVINO, M. A; ENGENHEIRO, F. S. G. O; VIANNA, C. M. M. et al. Descrição da Rede de Atenção à Saúde para o Controle do Câncer em Crianças e Adolescentes no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [Internet] 66(2): e- 22 053062020, 2020. Disponível em: <
<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/306/628>>. Acesso em:15 ago. 2020.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica** [Internet], 2017. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_diagnostico_precoce_cancer_pediatico.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

6 INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:<
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//m>

edia/document//livro-tumoresinfantis.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

7 BALE, T. A; ROSENBLUM, M. K. The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: An update on pediatric low-grade gliomas and glioneuronal tumors. **Brain Pathology**. v.32, n.4, 2022. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bpa.13060>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

8 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. **Estadiamento**. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/estadiamento>> Acesso em: 11 maio 2022.

9 AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Brain spinal cord tumors children. Types of brain and spinal tumors**. Atlanta: American Cancer Society, 2018. Disponível em:< <https://www.cancer.org/cancer/brain-spinal-cord-tumors-children/about/types-of-brain-and-spinal-tumors.html>>. Acesso em: 13 maio 2022.

10 AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Prognostic Factors for Brain and Spinal Cord Tumors in Children**. Atlanta: American Cancer Society, 2018. Disponível em: < <https://www.cancer.org/cancer/brain-spinal-cord-tumors-children/detection-diagnosis-staging/staging.html>>. Acesso em: 03 jul. 2022.

11 OSTROM, Q.T.; CIOFFI, G.; WAITE, K.; KRUCHKO, C.; BARNHOLTZ-SLOAN, J.S. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2014–2018. **Neuro-Oncology**. v.23, n.05, 2021.

12 STELIAROVA-FOUCHER E.; COLOMBET M.; RIES L. A. G.; MORENO F.; DOLYA A., BRAY F. et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: A population-based registry study. **The Lancet Oncology**. v.18, n.6, p. 719-731, 2017.

13 STELIAROVA-FOUCHER, E.; FIDLER, M. M.; COLOMBET M. et al. Changing geographical patterns and trends in cancer

incidence in children and adolescents in Europe, 1991–2010 (Automated Childhood Cancer Information System): A population-based study. **The Lancet Oncology**. v.19, p.1159–69, 2018.

14 BERTUCCIO, P. et al. Childhood cancer mortality trends in Europe, 1990-2017, with focus on geographic differences. **Cancer Epidemiology**. v.67, p.101768, 2020.

15 FREITAS, C.; KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. Mortalidade por neoplasias do sistema nervoso central em crianças e adolescentes no Paraná e Brasil, entre 1996–2015. **Revista de Estudos Vale do Iguaçu**. v. 1, n. 37, 2021.

16 KARIM-KOS, H. E. et al. Trends in incidence, survival and mortality of childhood and adolescent cancer in Austria, 1994–2011. **Cancer Epidemiology**. v.42, p. 72–81, 2016.

17 NEMOTTO, R. P. et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target?. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. v.81, n. 1, 2015. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.03.002>>. Acesso em: 10 maio 2022.

18 GRABOIS, M.F.; OLIVEIRA, E.X.; CARVALHO, M.S. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n. 2, p.370-372, 2013.

19 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OPAS: 55% das crianças e adolescentes com câncer se recuperam na América Latina e no Caribe.** Brasília, 2022. Disponível em:

<<https://www.paho.org/pt/noticias/15-2-2022-opas-55-das-criancas-e-adolescentes-com-cancer-se-recuperam-na-america-latina-e>>. Acesso em: 03 maio 22.

20 WALKER, D. A.; WILNE, S.; GRUNDY, R.G. et al. A new clinical guideline from the Royal College of Paediatrics and Child Health with a national awareness campaign accelerates brain tumor diagnosis in UK children - “HeadSmart: Be Brain Tumour Aware”. **Neuro-Oncology**. v. 18, n.3, p. 445–454, 2016.

21 RIBEIRO, I. L. A.; VALENÇA, A.M.G.; BONAN, P.R.F. **Odontologia na Oncologia Pediátrica** / Dentistry in Pediatric Oncology / Isabella Lima Arrais Ribeiro. 2. ed. Bilingue (Port/Ing). Ideia. João Pessoa, 2018.

22 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Brasília, 2012.

23 MOREIRA, M. S. C. **Distribuição do câncer infantojuvenil e fatores associados ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento: análise a partir dos Registros Hospitalares de Câncer no Brasil, 2010-2016.** 2021. 79f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

24 PAIVA, M.P.F. **Estudo do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento de crianças com câncer em um centro de referência da Paraíba.** 2018, 68f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

- 25 RODRIGUES, K.E; CAMARGO B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: Responsabilidade de todos. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 49, n. 1, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000100030>>. Acesso em: 21 maio 2022.
- 26 AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Understanding-your-diagnosis. Signs and symptoms of cancer**. Atlanta: American Cancer Society. Disponível em: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/signs-and-symptoms-of-cancer.html>. Acesso em: 12 maio 2022.
- 27 PIZZO, P. **Principles and Practice of Pediatric Oncology**. 7 ed. Philadelphia:Lww, p. 1320, 2015.
- 28 BUTLER, E. et al. Recent Progress in the Treatment of Cancer in Children. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**. v.71, n.4, p. 315-332, 2021. Disponível em: <<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21665>>. Acesso em: 30 maio 2022.
- 29 MOBLEY, E. M. et al. Interventions to address disparities and barriers to pediatric cancer survivorship care: a scoping review. **Journal of Cancer Survivorship**. v.16, p. 667–676, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11764-021-01060-4>>. Acesso em: 29 maio 2022.
- 30 ADAMSON, P.C. Improving the outcome for children with cancer: Development of targeted new agent. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**. v. 65, n. 3, p. 212-220, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4629487/pdf/nihms733413.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2022.
- 31 DUFFAU, H. New Philosophy, Clinical Pearls, and Methods for Intraoperative Cognition Mapping and

Monitoring "à la carte" in Brain Tumor Patients.

Neurosurgery. v.88, n.5, p. 919-930, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33463689/>>.

Acesso em: 30 maio 2022.

32 DRESSLER, E. V. et al. Demographics, patterns of care, and survival in pediatric medulloblastoma.

Journal of Neuro-Oncology. v. 132, n.3, p. 497-506, 2017. Disponível em:

<<https://link.springer.com/article/10.1007/s11060-017-2400-5>>. Acesso em: 28 maio 2022.

33 FANG, F. Y. et al. New Developments in the Pathogenesis, Therapeutic Targeting, and Treatment of Pediatric Medulloblastoma. **Cancers.** v. 14, n. 9, p. 2285, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/cancers14092285>>.

Acesso em: 27 maio 2022.

34 CAGE, A. T. et al. A systematic review of treatment outcomes in pediatric patients with intracranial ependymomas. **Journal of Neurosurgery.** v. 11, n. 6, p. 673-681, 2013. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23540528/>>. Acesso em: 30 maio 2022.

35 CARCELLER, F. et al. Pseudoprogression in children, adolescents and young adults with non-brainstem high grade glioma and diffuse intrinsic pontine glioma.

Journal of Neuro-Oncology. v. 129, p. 109-121, 2016. Disponível em:

<<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11060-016-2151-8.pdf>> Acesso em: 28 maio 2022.

36 STOKLAND, T. et al. A multivariate analysis of factors determining tumor progression in childhood low-grade glioma: A population-based cohort study (CCLG

CNS9702). **Neuro-Oncology**. v. 12, n. 12, p. 1257-1268, 2010. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018938/>>. Acesso em: 29 maio 2022.

37 WALKER, D. A. et al. A multi-disciplinary consensus statement concerning surgical approaches to low-grade, high-grade astrocytomas and diffuse intrinsic pontine gliomas in childhood (CPN Paris 2011) using the Delphi method. **Neuro-Oncology**. v.15, n.4, p. 462-468, 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3607269/pdf/nos330.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2022.

38 FANGUSARO, J. M. D. et al. Phase II Trial of Response-Based Radiation Therapy for Patients With Localized CNS Nongerminomatous Germ Cell Tumors: A Children's Oncology Group Study. **Journal of Clinical Oncology**. v. 37, n. 34, p. 3283-3290, 2019. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6900864/>>. Acesso em: 30 maio 2022.

39 FORCE, L.M. et al. The global burden of childhood and adolescent cancer in 2017: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet Oncology**. v. 20, n. 9, p.1211-1225, 2019.

40 NAKATA, K. et al. Childhood cancer incidence and survival in Japan and England: A population-based study (1993-2010). **Cancer Science**. v. 109, n. 2, p. 422-434, 2018.

41 HELLOGSOE, A. S. et al. Incidence and survival of childhood central nervous system tumors in Denmark, 1997-2019. **Cancer Medicine**. v.11, p. 245-256, 2022. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cam4.4429>>. Acesso em: 15 maio de 2022.

42 RIVAS-VILELA, S. et al. Incidence and survival of central nervous system tumors in childhood and adolescence in Girona (Spain) 1990–2013: National and international comparisons. **Clinical and Translational Oncology**, v.21, p. 1177–1185, 2019.

Disponível

em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s12094-019-02043-9>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

43 BARRAGÁN-PÉREZ, E. J. et al. The Role of Time as a Prognostic Factor in Pediatric Brain Tumors: a Multivariate Survival Analysis. **Pathology & Oncology Research**. v.26, p.2693-2701, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32661835/>>. Acesso: 15 maio 2022.

44 ORLANDIRA, L. A. et. al. Analysis of survival and prognostic factors of pediatric patients with brain tumor. **Jornal de Pediatria**. v. 87, n. 5, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jped/a/kvb8L6XqHd3ZJQpttb4d4v/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 mai 2022.

45 LIMA, E. R et al. Análise de sobrevida de pacientes portadores de tumores do sistema nervoso central. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.25, n.6, p. S10-S16, 2015. Disponível em: <<https://rmmg.org/artigo/detalhes/1838>>. Acesso em: 13 maio 2022.

46 BRASIL. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 05 maio. 2022.

47 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto874_16_05_2013.html>. Acesso em: 07 maio 2022.

48 BRASIL. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**. Ministério da Saúde. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2014.

49 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Ministério da Saúde. Instituto Ronald McDonald. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**. 2. Ed. rev. ampl., p.127, Rio de Janeiro, 2011.

50 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto874_16_05_2013.html>. Acesso em: 07 maio 2022.

51 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2014.

52 BRASIL. **Portaria nº 14.308, de 08 de março de 2022**. Institui a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.308-de-8-de-marco-de-2022-384520885>>. Acesso em: 05 maio. 2022.

53 BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2010.

54 ALGAYER, L. P. et al. Tendência Temporal de Internações por Diagnóstico Oncológico em Crianças e Adolescentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.66, n. 4, p.141010, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.1010>>. Acesso em: 07 maio 2022.

55 KNISS, R. **Assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis: avaliação da regulação do acesso**. 2015. 135f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015.

SOBRE AUTORAS, AUTORES, ORGANIZADORAS E ORGANIZADOR

Abdel Boneensa Cá

Doutorando do Programa de pós-graduação em Educação e Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Adriana Maria Macedo de Almeida Tófoli

Nutricionista pela Universidade Federal da Paraíba, UFPB. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFPB. Especialista Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Especialista em Gestão de Programas de Residência em Saúde do SUS pelo Hospital Sírio-Libanês, SIRIO-LIBANÊS. Especialista em Metodologias Inovadoras com Ênfase na Formação Docente pela Escola de Saúde Pública da Paraíba, ESP/PB.

Adriane Pires Batiston

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Marília/UNIMAR, mestra em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP; doutora em Ciências da

Saúde pela Universidade de Brasília/UNB; docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS.

Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Professor Aposentada do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFPB entre 2019 e 2022.

Ana Maria Gondim Valença

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (1985); Especialização em Educação em Saúde Pública pela Universidade Federal Fluminense (1991); Mestrado Acadêmico em Odontopediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1987); Doutorado em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (1996). Atualmente é Professora Visitante do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PPGSF/UFPB/RENASF) e docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPB).

André Luis Bonifácio de Carvalho

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2016), Mestre em Ciência da Informação pela Universidade Federal da Paraíba (2004), Professor Adjunto 4 da Universidade Federal da Paraíba – DPS-CCM, pesquisador do Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho da Fundação Oswaldo Cruz (CEE/Fiocruz) e, atualmente, Diretor

de Programas Estratégicos da Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde.

Angelica Pereira da Cruz

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário de João Pessoa (Unipê); fez Residência em Fisioterapia em Terapia Intensiva no Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara pela SES-PE/IMIP; mestra em Fisioterapia na UFPB na linha de pesquisa Avaliação e Intervenção em Fisioterapia na Coletividade, com ênfase em Interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde; integrante do Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC/UFPB).

Antares Silveira Santos

Cirurgiã-dentista pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Especialista em Saúde Pública Oral pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestra em Saúde Coletiva pela UFPB.

Assis Luiz Mafort Ouverney

Possui graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1999), mestrado em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas (2005) e doutorado em administração (Instituições, Políticas e Governo) pela Fundação Getúlio Vargas (2015). Atualmente, exerce o cargo de Chefe do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio/ENSP/FIOCRUZ, onde atua como pesquisador nas

áreas de federalismo, relações intergovernamentais e descentralização do SUS, financiamento de políticas de saúde, regionalização, sistemas de saúde em perspectiva comparada, trajetória da política de saúde no Brasil, políticas de proteção social e gestão participativa.

Augusto José Bezerra de Andrade

Graduado em enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN; especialista em Docência para o Ensino Superior pela Universidade Potiguar/UnP; mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB; estudante do doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.

Cadi Dabo

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Cícera Suênia Soares Mangueira

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria de Cajazeiras(2018) e atualmente é Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Edilma do Nascimento Souza

Professora Adjunta no Colegiado de Antropologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), atualmente cedida ao Ministério de Igualdade Racial na função

de coordenadora geral de políticas para povos ciganos. Doutora em Antropologia Social (PPGAS/UFSC), Mestra em Antropologia Social (PPGA/UFPB) e Bacharela em Ciências Sociais com ênfase em Antropologia (DCS/UFPB).

Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade Silva

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2016) e mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPB (2021). Atualmente atua no monitoramento do Observatório da Gestão Estadual em Saúde do Rio Grande do Norte do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz.

Eliane Batista de Medeiros Serpa

Possui graduação em Odontologia pela Universidade de Pernambuco (1999); Especialização em Odontopediatria pela APCD - Bauru/SP (2001); Mestrado em Odontologia (Odontopediatria) pela Universidade de Pernambuco (2003); Doutorado em Odontologia (Odontopediatria) pela Universidade de Pernambuco (2003); Atualmente é Professora Associada do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (DCOS/UFPB) e Docente Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPB (PPGO/UFPB).

Emanoel dos Santos Nascimento

Graduado em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Patos - UNIFIP. Na academia dedicou-se a participação nos projetos de pesquisas e extensão: Núcleo de Estudo em Epidemiologia e Saúde Pública - NEESP; Núcleo Acadêmico de Geriatria e

Gerontologia - NAGG; Avaliação Multidimensional do Idoso - AMI; Assistência Fisioterapêutica por meio da Equoterapia a crianças e adolescentes com disfunções sensoriomotoras.

Franklin Delano Soares Forte

Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Curso de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Gabriel Rodrigues Martins de Freitas

Professor do Departamento de Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFPB.

Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF; mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá/UNESA; doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ/PE; docente na Universidade Federal da Paraíba/UFPB.

João Paulo Lopes da Silva

Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

João Victor Bezerra Ramos

Médico formado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Jonathan Cordeiro de Moraes

Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFPB.

Juliana Sampaio

Psicóloga, mestre em Serviço Social (UFPE) e doutora em Saúde Pública (Fiocruz/Aggeu Magalhães). Professora Titular da Universidade Federal da Paraíba, Líder e vice líder dos Grupos de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS) e ApoiaRaps. Desenvolve ensino, pesquisa e extensão na graduação de Medicina, no Mestrado de Saúde Coletiva e no mestrado e doutorado em Modelos de Decisão e Saúde. Feminista e mãe.

Júlio César Guimarães Freire

Graduado em Fisioterapia pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/UNIFACISA/FCM-CG; mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB; pós-graduado na Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar com ênfase em Atenção à Saúde do Idoso pelo Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPB.

Karlla Danielle da Silva Guedes

Mestranda em Saúde Coletiva (UFPB). Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE (2020). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (2019). Enfermeira graduada pela Universidade de Pernambuco (2009).

Luciana Figueiredo de Oliveira

Fonoaudióloga. Doutora em Linguística Aplicada – UNICAMP. Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPB) e do Programa de Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia (PPGFON UFPB/UFRN/UNCISAL). Atua nas áreas de Formação e Práticas em Saúde e Educação. Líder do Grupo de Estudos em Trabalho, Educação e Saúde Coletiva - GETESC.

Marcelo Viana da Costa

Graduado em enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN; Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Doutorado Sanduíche no Centro para Inovação em Educação Interprofissional, na Universidade da Califórnia/EUA; docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.

Maria do Socorro Trindade Moraes

Professora do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba

(UFPB). Docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFPB.

Maria Gabriela Medeiros Cunha de Araújo

Médica formado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Maria Socorro de Araújo Dias

Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família e do Curso de Enfermagem da Universidade Vale do Acaraú.

Nádia Maria da Silva Machado

Mestre em Ciências Sociais e Gestão pela UAB - Portugal, Mestranda em Saúde Coletiva pela UNB, especialista em Monitoramento e Avaliação em Saúde pela Fiocruz (2014), em Gestão de Políticas Sociais pela Universidade Paulista (2012), é Graduada em Gestão de Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (2015), em Marketing pela Universidade Paulista (2010) e Curso Superior em Publicidade e Marketing pela Faculdade Ducina de Moraes (2001).

Nyellisonn Nando Nóbrega de Lucena

Possui graduação em Fisioterapia pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (2011). Especialização em Fisioterapia em Oncologia pelo Centro Universitário Redentro/ InterFisio (2023), Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado pela Universidade Federal da Paraíba -

UFPB (2016) e Gestão Pública pelo Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia da Paraíba - IFPB (2015), Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2018) e Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2022). Atualmente é Fisioterapeuta na Assistência Domiciliar em Saúde.

Pâmela Karine Bravin

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal/FACIMED; especialista em Saúde Pública pela Universidade Anhanguera/Uniderp; mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Atua na Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da UFPB. Líder do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular (EXTELAR).

Rayssa Naftaly Muniz Pinto

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (2013); Especialização em Saúde da Família e das Comunidades pela Universidade Federal de Pernambuco (2014) e Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulto pela FACUMINAS (2023); Acupunturista

pelo Instituto Yang (2022); Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Paraíba (2023). Atualmente é enfermeira na assistência domiciliar e docente na instituição Grau técnico.

Tatiana El-Jaick Bonifácio Costa

Possui graduação em medicina pela Universidade Federal Fluminense (1996); Residência em pediatria pelo Hospital Universitário Antônio Pedro (1997-1999); Residência em oncologia pelo INCA (1999-2001); Mestrado em biotecnologia da infância e adolescência (2019) pelo Instituto pequeno príncipe. Atualmente é médica oncologista pediatria na HIJG (desde 2004).

Vera Lúcia de Azevedo Dantas

Doutora em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC), mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e pós doutoranda em Vigilância Popular em Saúde pela Fiocruz Ceará.

Wellington Barros da Silva

Docente do Departamento de Farmácia (DFA) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Ynnaiana Navarro de Lima Santana

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (2013). Concluiu curso de Pós-graduação

(Especialização) Multiprofissional em Saúde das Famílias e das Comunidades, pela Universidade Federal de Pernambuco (2015). Concluiu residência médica em Pediatria no Hospital Infantil Joana de Gusmão (2015-2018). Concluiu residência médica em Oncologia Pediátrica no Hospital Infantil Joana de Gusmão (2018-2020). Atualmente é oncologista pediátrica no Hospital Napoleão Laureano, pediatra no Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires e na atenção básica do município de Cabedelo. Atua também como preceptora do internato de pediatria do centro universitário UNIPÊ.

