



A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ASPECTOS GERAIS



Organizador
Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado



VOLUME 2



A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ASPECTOS GERAIS



Organizador
Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado



VOLUME 2

Editora Omnis Scientia

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

Volume 2

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2023

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador

Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

I34 A importância da atenção integral a saúde : aspectos gerais : volume 2 [recurso eletrônico] / organizador Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2023.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-81609-41-2

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2

1. Saúde pública - Brasil. 2. Promoção da saúde - Brasil. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Enfermagem - Prática. 5. Política de saúde - Brasil. I. Machado, Marcos Cezar Feitosa de Paula. II. Título.

CDD23: 362.10981

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Os capítulos abordados nesse livro demonstram diversas facetas apresentadas para a saúde, desde a gestão da saúde passando pelo cuidar e cuidador até o próprio adoecimento. Assim sendo, contempla 08 capítulos, numa abordagem interdisciplinar da saúde.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 6, intitulado "SUICÍDIO EM TRABALHADORES E DISCENTES DE SAÚDE".

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

GESTÃO ESTRATÉGICA PARA ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Valdjane Nogueira Noletto Nobre

Ana Paula Caetano Pereira

Priscila de Oliveira Martins

Merilaine Isabel dos Santos

Priscila Tafuri de Paiva Risi

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva

Juliana Raquel Maciel do Nascimento

Simone Aparecida de Souza Freitas

Juliana da Silva Mata

Sandra Patrícia Duarte

Maria Ivanilde de Andrade

Tatiana Lamounier Silva

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/10-20

CAPÍTULO 2.....21

A VIDA QUE PULSA: FORMAÇÃO E TRABALHO NA ENFERMAGEM E O LÓCUS DA AUTONOMIA PARA EXERCER O CUIDAR

Giane Elis de Carvalho Sanino

DOI:10.47094/978-65-81609-41-2/21-59

CAPÍTULO 3.....60

ANÁLISES DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM MOGI DAS CRUZES

Ana Julia Silva de Assis

Giane Elis de Carvalho Sanino

Julia Cristina Franco Carneiro

Laura Gomes de Sousa

Rebeca Kelly Spilla

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/60-79

CAPÍTULO 4.....80

GRUPO DE GESTANTES: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL

Jorge Rubens de Sá Marcolino

Juliana Sá Marcolino

Guilherme José Spindola Cordeiro

Maria Natividade de Sá Antunes

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/80-90

CAPÍTULO 5.....91

SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NA XI REGIONAL DE SAÚDE, PERNAMBUCO, BRASIL, ENTRE 2012 E 2021

Raquel Nascimento Silva

Larissa Camila de Matos Ferreira Gomes

Paloma Luna Maranhão Conrado

Lídia Pinheiro da Nóbrega

Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado

Priscila Maria de Barros Rodrigues

Pauliana Valéria Machado Galvão

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/91-102

CAPÍTULO 6.....103

SUICÍDIO EM TRABALHADORES E DISCENTES DE SAÚDE

Jorge Rubens de Sá Marcolino

Maria Natividade de Sá Antunes

Juliana Sá Marcolino

Bruno Rodrigo de Sá Marcolino

Guilherme José Spindola Cordeiro

Jefferson Meira Pires

Florentino Andrade Melo Junior

Ernestina Domingues Cardoso

Anderson Fábio Moura Weiber

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/103-115

CAPÍTULO 7.....116

SAÚDE INDÍGENA ATIKUM-UMÃ E PANKARÁ

Jorge Rubens de Sá Marcolino

Juliana Sá Marcolino

Bruno Rodrigo de Sá Marcolino

Guilherme José Spindola Cordeiro

Maria Natividade de Sá Antunes

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/116-128

CAPÍTULO 8.....129

COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Giulia Silva Braga

Antônio Eduardo Ribeiro Izidrio

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/129-138

GESTÃO ESTRATÉGICA PARA ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Valdjane Nogueira Noletto Nobre¹;

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH), Belo Horizonte, MG.

<https://orcid.org/0000-0002-3831-5003>

Ana Paula Caetano Pereira²;

HC-UFMG/EBSERH, Belo Horizonte, MG.

<https://orcid.org/0000-0001-6157-2107>

Priscila de Oliveira Martins³;

HC-UFMG/EBSERH e Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG.

<https://orcid.org/0000-0002-6666-5983>

Merilaine Isabel dos Santos⁴;

HC-UFMG/EBSERH, Belo Horizonte, MG.

<https://orcid.org/0000-0002-6360-3867>

Priscila Tafuri de Paiva Risi⁵;

HC-UFMG/EBSERH, Belo Horizonte, MG.

<https://orcid.org/0000-0002-8411-5483>

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva⁶;

HC-UFMG/EBSERH, Belo Horizonte, MG.

<https://orcid.org/0000-0001-5311-0658>

Juliana Raquel Maciel do Nascimento⁷;

HC-UFMG/EBSERH, Belo Horizonte, MG.

<https://orcid.org/0000-0002-6440-7999>

Simone Aparecida de Souza Freitas⁸;

HC-UFMG/EBSERH, Belo Horizonte, MG.

<https://orcid.org/0000-0002-6071-5978>

Juliana da Silva Mata⁹;

HC-UFMG/EBSERH, Belo Horizonte, MG.

<https://orcid.org/0000-0002-5174-9439>

Sandra Patrícia Duarte¹⁰;

HC-UFG/EBSERH, Belo Horizonte, MG.

<https://orcid.org/0000-0001-9421-1391>

Maria Ivanilde de Andrade¹¹;

Prefeitura Municipal de Lagoa Santa, Lagoa Santa, MG.

<https://orcid.org/0000-0002-1925-4559>

Tatiana Lamounier Silva¹².

Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM/EBSERH), Uberaba, MG.

<https://orcid.org/0000-0002-0372-6208>

RESUMO: Com a globalização e dinamismo do mercado voltado para os serviços de saúde, faz-se necessário um gerenciamento estratégico que almeje ofertar um serviço de qualidade, buscando uma gestão sustentável e a manutenção das equipes alinhadas de forma eficaz e eficiente, utilizando ferramentas e estratégias para a sustentabilidade do negócio. Objetivando abordar a importância da gestão estratégica para as organizações de serviços de saúde, realizou-se uma pesquisa qualitativa, através de revisão bibliográfica em artigos científicos nas bases de dados Google acadêmico, Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), analisados nos meses de janeiro e fevereiro de 2023, para tal foram utilizados os seguintes descritores: gestão em saúde, comportamento de utilização de ferramentas e serviços de saúde. Após leitura aprofundada dos artigos, traz-se aqui a discussão dos 13 trabalhos com maior relevância para a temática gestão estratégica em saúde. Como resultado, percebe-se que o gerenciamento estratégico requer gestores com qualidades distintas e habilidade que perpassam o conhecimento em gestão de negócios, além de terem *expertise* em recursos humanos e uma visão multifacetadas, inovadora e holística do negócio, sendo empreendedor para manter o serviço competitivo, de qualidade e que traga valor para a organização e satisfação para seus *stakeholders*.

PALAVRA-CHAVE: Gestão em saúde. Comportamento de utilização de ferramentas. Serviços de saúde.

STRATEGIC MANAGEMENT FOR HEALTHCARE ORGANIZATIONS

ABSTRACT: With the globalization and dynamism of the market focused on health services, it is necessary a strategic management that aims to offer a quality service, seeking a sustainable management and the maintenance of the teams followed in an effective and efficient way, using tools and strategies to the sustainability of the business. Aiming to address the importance of strategic management for health service organizations, a qualitative research was carried out through a bibliographical review of scientific articles in the academic databases Google, Scientific Electronic Library Online (Scielo) and Virtual Health Library (BVS), analyzed in January and February 2023, using the following descriptors: health management, tool use behavior and health services. After an in-depth reading of the articles, here is a discussion of the 13 works with the greatest significance for strategic thematic management in health. As a result, it is clear that strategic management requires managers with distinct qualities and skills that permeate knowledge in business management, in addition to having expertise in human resources and a multifaceted, innovative and holistic view of the business, being enterprising to maintain the service. competitive, quality and that brings value to the organization and satisfaction to its stakeholders.

KEY-WORDS: Health management. Tool use behavior. Health services.

INTRODUÇÃO

O gerenciamento estratégico consiste em gerir todos os recursos e processos de uma empresa/organização para alcançar os resultados esperados e atingir as metas determinadas. Uma organização é constituída pela integração de vários setores que trabalham para alcançar o objetivo determinado no planejamento estratégico que o leva a gestão estratégica. É através do gerenciamento estratégico que se faz um estudo de todo o cenário ao qual a organização está inserida, como: levantamento sobre concorrências e/ou competitividade, forças, ameaças, recursos disponíveis e oportunidades (CAMARGO, 2017).

Uma organização de saúde possui diversos setores afins para entregar o produto final que consiste em promover saúde, o qual é entregue em forma de serviços ofertados e disponibilizados aos seus clientes. Diante disso observa-se a complexidade em gerir uma organização de saúde, pois serviços são entregue a pessoas por pessoas, e estas são constituídas de conhecimento, culturas, experiências e informações que formam a base prévia de um indivíduo durante a vida. O principal capital da organização é o conhecimento e isso reflete diretamente na cultura e no serviço entregue pela organização.

Além disso, as organizações de saúde requerem aprimoramento e inovações tecnológicas para se manterem competitivas na indústria da saúde, para melhor utilizar as ferramenta e recursos disponíveis e implementar estratégias que viabilizem uma gestão

eficiente, eficaz e com efetividade (TAJRA, 2022).

Nesse sentido, o objetivo desse trabalho é abordar a importância da gestão estratégica para as organizações de serviços de saúde. Para tanto, a gestão estratégica nas organizações de saúde é indispensável para a excelência do serviço prestado a sociedade, uma vez que a saúde é um bem maior para a coletividade.

REFERENCIAL TEÓRICO

Conceitos e perspectivas da gestão estratégica:

As organizações de saúde precisam mudar e evoluir continuamente para manter-se competitiva e ter sucesso. No entanto, mudanças são necessárias, tais como implantações de tecnologia ou novos processos de trabalho. Para uma mudança almejando o sucesso, as organizações também devem preocupar-se com o capital humano, para que cada colaborador se sinta parte do processo e adote as mudanças desejadas pela organização. É evidente que estamos vivendo na era tecnológica, onde tudo se torna mais célere com ferramentas interativas e processos, inclusive no campo da saúde, como exemplo temos a telemedicina que obteve notoriedade em momento de situação de emergência em saúde tanto nacional quanto internacional durante a Covid-19 em 2020 e que vem ganhando espaço desde então, rompendo distância e dando maior abrangência na cobertura assistencial à população.

O campo da saúde encontra-se em processo de digitalização, aplicações e modelos de negócios inovadores, criação de *clusters*, disrupções científicas, levando a melhores resultados aos pacientes, maior eficiência da organização e do sistema de saúde público e privado, além do protagonismo no mercado por parte das *healttechs* com *softwares* que estão revolucionando o setor saúde, como: aplicativos e o prontuário eletrônico para melhor *performance* do serviço e/ou produtos (TI INSIDE, 2022). Para mais, o processo de gestão estratégicas possui três pilares fundamentais, a saber: o planejamento estratégico, o plano de ação e o monitoramento dos resultados. Para tanto, segue abaixo um quadro ilustrativo (Figura 1) para melhor entendimento dos componentes fundamentais para uma gestão estratégica.

Figura 1 - Gestão estratégica:



Fonte: Marcondes, 2021.

Percebe-se que para realizar um gerenciamento estratégico o gestor impreterivelmente deve conhecer toda a organização e seus processos, como missão, visão e valores da organização. Para mais, o gestor precisa ser um gerir bem seus recursos humanos para que haja integração e engajamento da equipe com responsabilidade a fim de obter excelência nos resultados obtidos.

Diante do contexto, evidencia-se que todas as etapas de um gerenciamento estratégico requerem uma visão holística do negócio para que possa haver um diagnóstico de todos os processos, bem como a rastreabilidade para se detectar onde estão os pontos fortes e fragilidades para que possam ser implementadas estratégias e expandir a visão possibilitando melhorias, inovações, ampliação e até novos negócios, ou seja, novas oportunidades. No entanto, tudo gira em torno da toma de decisões, pois novas ações sempre geram novos resultados.

A função de gerir pessoas transcende a prática de implantar e/ou implementar estratégias; assume o compromisso compartilhado de formular estratégias num processo dinâmico na criação de recursos e competências que devem ser articuladas por estratégias, políticas e práticas de gestão para cada organização. Nesse sentido, o gestor deve observar os paradigmas de adequação indivíduo-cargo, que remete aos princípios da administração, onde busca o alinhamento entre as tarefas de responsabilidades e cargos, posições hierárquicas e às características imprescindíveis dos demais que ocupariam cargos (ALBUQUERQUE, LEITE E SILVA, 2009).

Com esse intuito, algumas ferramentas servem como auxílio para gerenciar um negócio como análise SWOT, KPIS, PDSA, gestão da avaliação de desempenho, gestão de recursos tangíveis e intangíveis. Para além destas ferramentas, o gestor deve possuir capacidade técnico-científica, visão holística e integrada do negócio, habilidades com relacionamento interpessoal, resiliência e inteligência emocional para as eventualidades em

situações críticas e de emergências, onde requer ações com tomada de decisão rápidas, assertivas e satisfatórias para um resultado positivo para a organização ou para mitigar situações deletérias ao negócio.

Segundo Cruz *et al.* (2017), a análise SWOT é um processo dinâmico que versa em apontar para a organização as forças, fragilidades, oportunidades e ameaças que a organização estar predisposta e que possam surgir no futuro. A análise SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threat* – significa respectivamente forças, fragilidades, oportunidades e ameaças, corrobora no planejamento estratégico, podendo ser utilizado em resolução de problemas, otimização de recursos e processos.

Ademais, as organizações contam com *Key Performance Indicator* (KPIS), que consiste em mais um método que pertence ao portfólio do gerenciamento, sendo uma ferramenta de gestão para atender as exigências das organizações, atuando como indicadores, demonstrando-os por meio de medição de desempenho, gestão do serviço e otimização de recursos (TEIXEIRA; ROMANO; ALVES FILHO, 2015).

Moura e Gagliardi (2009) consideram que o PDSA é uma ferramenta cíclica, dinâmica, que auxilia em melhores resultados, traduzido do inglês que significa planejar, fazer, estudar e atuar/agir. O PDSA é um norteador dos esforços na gestão, que viabiliza avaliações e reavaliações de ações e atividades realizadas, levando a reflexões a partir dos resultados alcançados.

Nessa conjuntura, evidencia-se que a gestão estratégica tem importância gigantesca para as organizações de saúde com utilização de ferramentas para otimizar o tempo, os recursos e minorando perdas, fazendo com que os colaboradores se sintam pertencente a organização com comprometimento e fazendo-se pertencer a equipes e se preocupando com os valores, visão, missão da organização, o que leva a um plano de ação tangível, executável e com adesão de todos os envolvidos para que o serviço seja entregue com excelência. Além da presença ativa da avaliação por desempenho, os indicadores são indispensáveis, pois as organizações galgam a acreditação e certificação dos serviços prestados à comunidade, o que avulta maior aceitação por parte dos clientes e as mantém competitivas no mercado, promovendo ainda a manutenção da cultura organizacional consolidada.

Para mais, temos o Triângulo de Ferro, o qual fomenta a gestão com a otimização do tempo dos gestores, tendo como objetivo assegurar a qualidade da gestão, abrangendo três sistemas interdependentes e inter-relacionados de forma dinâmica: a agenda do dirigente; o sistema de petição de prestação de contas; e o sistema de gerência por ações. Os três sistemas trabalham de forma integrada para manter o foco no que interessa, estabelece rotinas bem definidas com responsabilização e prestação de contas das ações, sendo um remédio para a inflexibilidade dos planos e desburocratização das organizações com a otimização do tempo, recursos e ações estratégicas e assertivas (SANTOS; LOPES, 2021). Na ilustração abaixo (Figura 2) exemplifica e elucida o entendimento.

Figura 2 - Triângulo de Ferro:



Fonte: Santos, Lopes, 2021.

Dessa forma, destaca-se que o triângulo de ferro promove melhorias nos processos e serviços ofertados, aumenta a concorrência e competitividade, uma vez que se sabe o caminho a percorrer para chegar a um resultado conforme os objetivos estabelecidos durante a jornada, através de ferramentas disponíveis, sendo um processo de aprendizado, aprimoramento e inovações para sobressair perante seus concorrentes e se manter no mercado com uma gestão eficiente e eficaz.

A gestão estratégica associa o que é estratégico, ou seja, ao que é funcional, dissolve uma plausível deliberação verticalizada e internar-se um design contínuo, de forma dinâmica, flexível e implementável, o que oportuniza a consolidação de planos coerentes (RIVERA, 2003). Corroborando com o exposto, Santos e Lopes (2021) profere que a gestão estratégica viabiliza uma tomada de decisão mais integradora, permitindo as organizações ações prévias frente às mudanças e possíveis adequações nos espaços onde estão inseridos.

Segundo Marcondes (2021) existem quatro perspectivas na gestão estratégica para as organizações de serviços de saúde: financeira, cliente, processo interno e, aprendizado e inovação. A Figura 3 traz a abordagem das principais vantagens e objetivos das ações estratégicas.

Figura 3 - Mapa na gestão estratégica:

Perspectivas financeiras	Otimizar custos maximizando rentabilidade, receitas e solidez financeira.
Perspectivas cliente	Produtos e serviços de qualidade, inovação em produtos e serviços, melhorar custo benefícios para seus clientes consolidando marca e fidelização dos seus clientes.
Perspectivas processos internos	Aprimoramento dos processos e metodologia, oferecer serviços e produtos diferenciados, desenvolvimento sustentável e gestão eficaz.
Perspectivas aprendizado e inovação	Automatizar processos, capacitar e motivar colaboradores, propiciar crescimento profissional e dissemina cultura de excelência.

Fonte: Marcondes, 2021.

O planejamento estratégico é o pilar para a tomada de decisão e ao enfrentamento de situações difíceis e urgentes, sendo importante ferramenta da gestão. Outro ponto a ser destacado é o comportamento dos colaboradores e equipes que formam as organizações, visto que estes são quem desenham os resultados organizacionais.

A importância do gerenciamento estratégico

O gerenciamento estratégico propicia a melhoria no desempenho das políticas, na eficiência e efetividade dos serviços de saúde a alcançar as metas e resultados planejados, assim como identificar as principais barreiras na gestão. Em suma, verificou-se que é de grande relevância para a gestão estratégica quanto aos aspectos social, econômico, cultural, demográfico, político, legal e novas tecnologias, sendo, portanto, exemplos de forças que impactam sobremaneira as organizações que prestam serviços de saúde de forma global (MACHADO, 2022).

Nesse sentido, as competências *know-how*, sapiências e conhecimentos precisam e devem ser geridos estrategicamente para aumentar a eficiência de inovar e encorajar as novas alternativas para organização. Para tanto, julga-se que a inovação é a forma mais promissora para que gestores e *stakeholders* colaborem com os negócios da organização (CIPRIAN *et al.*, 2012).

Assim, com a tecnologia das plataformas digitais, qualquer pessoa pode ter acesso ao serviço ou produtos devido a praticidade. Na gestão estratégica em saúde – quando eficiente – causa impacto positivo no modelo de negócio, lançando mão de estratégias eficiente e de baixo custo como *webnar* para transmitir e compartilhar conhecimento, sendo tão eficiente quanto o modo tradicional, proporcionando oportunidades e difundindo conhecimento para diversas pessoas em locais distintos a baixo custo. Ainda pode ser ressaltado que a gestão estratégica faz entender melhor as necessidades dos seus clientes, prediz a *performance* financeira da organização e previne riscos futuros.

Segundo Cordeiro *et al.* (2018), o cenário político organizacional é a bússola da mesma, uma vez que a cultura da organização tem um negócio inovador e promissor ou não, pois torna-se o determinante para o crescimento e desenvolvimento profissional e organizacional. Ainda conforme estudo de Cordeiro *et al.* (2018), sua pesquisa aponta que os gestores reconhecem a importância da informatização, tendo acesso as informações rapidamente de forma integrada ao processo assistencial e gerencial. O mesmo autor ressalta que o banco de dados é indicado na gestão estratégica em saúde visto que promove o compartilhamento do conhecimento, sendo um balizador para a avaliação do serviço e para a tomada de decisão.

Fica evidente que estratégias viabilizam ao gestor vislumbrar o cenário interno e externo organizacional, identificando as ameaças e oportunidades, assim como os pontos fortes e fracos. Contudo, com a globalização e o uso da tecnologia os negócios se tornaram

mais dinâmicos e competitivos, e para se manterem no mercado apostam cada vez mais na inovação com auxílio da *Internet* e da tecnologia da informação (TI), além de se perceber de singular importância para manter um negócio de sucesso na era tecnológica com a automação dos processos. Porém, vale destacar também a importância dos recursos humanos que são tão importantes quanto, pois o saber e o conhecimento são recursos primordiais, assim como a humanização do serviço para atrair e manter a excelência e a sustentabilidade.

A cultura organizacional é representada pelo o capital humano, ou seja, manifestação dos valores organizacional, sendo expresso por meio da ética, valor e moral, aplicados no dia-dia. Tornando um ambiente harmonioso, interativo e motivador, um ambiente sustentável tornando uma equipe engajada por acreditar na missão e valores da empresa, que proporciona satisfação aos seus colaboradores e se preocupando com a satisfação dos clientes. A organização estratégica vislumbra mitigar as incertezas, traçando metas a serem alcançadas em curto e a longo prazo em todas as áreas no negócio, como: fidelizar clientes, qualificação do serviço, interação dos funcionários e fornecedores, gerando, por conseguinte, um negócio a longo prazo com maior certeza de solidez definida (MACHADO, 2022).

Como estratégias gerencial e sustentável, todas as literaturas pesquisadas que abordaram a temática, enfatizam a importância em reconhecer talentos da própria empresa, desenvolver *endomarketing* (*marketing* interno da organização), o sentimento de pertencimento, entusiasmo e autonomia dos colaboradores. A saber, que o maior capital de uma organização é o capital humano e a maior recurso que gera valor é o conhecimento e a informação.

METODOLOGIA

Metodologicamente este estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica tendo em vista que esta é uma alternativa de pesquisa que se propõe a buscar e analisar o conhecimento publicado referente à determinada temática. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa extraída de artigos científicos das bases de dados Google acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), analisados nos meses de janeiro e fevereiro de 2023, utilizando as seguintes palavras-chave: gestão em saúde, comportamento de utilização de ferramentas e serviços de saúde

Para construção do mesmo foram analisados e lidos na íntegra 32 trabalhos de relevância, sendo selecionados 13 trabalhos que se aplicavam adequadamente ao desenvolvimento do tema.

Foi considerado como critério de inclusão: artigos completos, em idioma português, indexados, publicados entre 2003 e 2022, cujos objetivos viessem de encontro ao problema da pesquisa. Como critérios de exclusão, as literaturas que não contribuíssem inteiramente

com a temática da pesquisa.

Para seleção do material foram analisados e selecionados com base nos títulos e posteriormente nos resumos, ter em vista o entendimento sobre a importância da gestão estratégica para as organizações de serviços de saúde.

Por fim, foi realizada a análise dos dados coletados para o desenvolvimento do mesmo e elaboração das conclusões acerca do estudo, instituindo consonância com os objetivos fundamentados (MARCONI e LAKATOS, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gerenciamento estratégico é fundamental e indispensável para as organizações no cenário saúde, pois com a globalização e o dinamismo do mercado ações e estratégias precisam serem implantadas e implementadas para melhores tomadas de decisão visando a competitividade do negócio, gerando valor e atrativos para os *stakeholders*. Observa-se necessário que o gestor tenha visão multifacetada, dinamismo quanto ao conhecimento técnico científico e nas relações interpessoal para uma organização sustentável. Sendo fundamentais tais habilidades para ter um ambiente favorável à relação interpessoal amigável, de confiança para preservar a cultura da organização conduzindo o desempenho das tarefas com esmero, responsabilidade, comprometimento, tornando um espaço de inovação e desenvolvimento profissional com difusão de conhecimento, sendo imprescindível para manter a cultura e o clima organizacional com desempenho favorável e sustentável.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. G; LEITE, N. P., SILVA, L. M. P. Estimulando o debate sobre a gestão Estratégica de pessoas. **Rev. adm. empres.**, 2009, v. 49, n. 4, p. 482-483. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/849FKbtrS3ZwBH5PcVpws3B/>. Acesso em 12 jan. 2023.

CAMARGO, R. F. **Tudo sobre Gestão Estratégica e as principais perguntas que devem ser respondidas para desenvolver a estratégia ideal ao seu negócio**, 2017. Disponível em: <https://www.treasy.com.br/blog/gestao-estrategica/>. Acesso em 27 jan. 2023.

CIPRIAN, G. G.; VALENTIN, R.; LUCIA, V. M.; MADALINA, G. A. Elaboration of Accounting Financial Report on Structural Capital. **Procedia - Soc Behav Sci**, 2012, v. 62, p. 706-710. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812035604>. Acesso em: 13 fev. 2023.

CORDEIRO, A. L. A. O. *et al.* Capital estrutural na gestão das enfermeiras em hospitais. **Texto Contexto Enferm**, 2018, v. 27, n. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/sB3jF5khtV68knvFc4hYkGz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2023.

CRUZ, D. M. B.; NERIS, L. M.; BOAS, L. G. V.; MENEZES, J. D. S. Aplicação do planejamento estratégico a partir da análise SWOT: um estudo numa empresa de tecnologia da informação. **Anais do IX Simpósio de Engenharia de Produção de Sergipe**, 2017, v. 9, p. 140-154. Disponível em: <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/7595>. Acesso em: 05 jan. 2023.

MACHADO, T. **Análise interna organizacional**. E-book Must, 2022.

MARCONDES, J. S. **Gestão Estratégica: O que é? Conceito Planejamento Gestão Estratégica**. 2021. Disponível em: <https://gestaodesegurancaprivada.com.br/gestao-estrategica-o-que-e-conceito/>. Acesso em 03 fev. 2023.

MARCONI, M. A.; LAKATOS E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 2017.**

MOURA, A. C. N.; GAGLIARDI, M. **Gestão de qualidade total: estudo de caso numa empresa de engenharia civil**. Centro Universitário de Brasília-UniCEUB, 2009. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/976/2/20450061.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2023.

RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. E-book. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413036>. Acesso em: 07 fev. 2023.

SANTOS, A. O.; LOPES, L. T (org.). **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção covid-19: planejamento e gestão. 1ª Edição. Brasília, 2021. Disponível em: www.conass.org.br/biblioteca. Acesso em 03 fev. 2023.**

TAJRA, S. F. **Gestão estratégica na saúde: Reflexões e práticas para uma administração voltada para excelência**. 4. Ed. São Paulo: látria, 2010.

TEIXEIRA, I. T.; ROMANO, A.; ALVES FILHO, A. G. Indicadores-chave para medida de desempenho: uma proposta para o caso das operadoras de planos de saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, 2015, v. 6, n. 2, p. 1689-1712. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/308991291_Indicadores-chave_para_medida_de_desempenho_uma_proposta_para_o_caso_das_operadoras_de_planos_de_saude. Acesso em: 29 jan. 2023.

TI INSIDE. **Novos modelos de negócios impulsionam a oferta de serviços de saúde**. 2022. Disponível em: <https://tiinside.com.br/22/06/2022/novos-modelos-de-negocios-impulsionam-a-oferta-de-servicos-de-saude/>. Acesso em 22 jan. 2023.

A VIDA QUE PULSA: FORMAÇÃO E TRABALHO NA ENFERMAGEM E O LÓCUS DA AUTONOMIA PARA EXERCER O CUIDAR

Giane Elis de Carvalho Sanino¹.

1. Introdução

Minha formação acadêmico-profissional teve início no Ensino Médio, quando cursei o Centro Específico de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério (CEFAM). Naquele momento, minha maior ambição era concluir o Ensino Médio como uma profissional em qualquer área, pois, como tantos outros filhos de classe operária, havia internalizado o discurso familiar sobre a importância de ter um diploma. Ao término do curso do Magistério, novamente me vi diante da necessidade de fazer mais uma escolha: a da área profissional. O campo da Biologia e dos assuntos relacionados à área da Saúde me atraíam. Por conseguinte, parti em busca de conhecimentos e esclarecimentos a respeito de profissões relacionadas à área da Saúde, optando, por fim, pela Enfermagem.

Enquanto cursava Enfermagem, comecei a lecionar Ciências para alunos de 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental, o que propiciou a geminação da minha experiência profissional. Procurei estabelecer um elo entre a Educação e a Enfermagem. Durante esse tempo me envolvi não apenas com a disciplina que lecionava a meus alunos, mas também com alguns projetos referentes à promoção, proteção e prevenção à saúde junto a toda comunidade escolar. Dessa forma, mesmo sem ter a maturidade necessária e os conhecimentos específicos para tal, de maneira incipiente, comecei a identificar o fato de que todo Enfermeiro é um Educador, querendo ou não, uma vez que ele orienta sua equipe, os usuários dos serviços de saúde, e outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde. O que faz com que ele seja um Educador é a sua conscientização de tal fato e as atitudes que decorrerão dessa percepção global de sua realidade; visto que, enquanto Enfermeiro-Educador, ao desenvolver suas atividades poderá exercer um importante papel social.

Ao terminar o curso de graduação, busquei aprofundar meus conhecimentos na área escolhida para minha profissão. Para tanto, iniciei um curso de pós-graduação, modalidade *lato sensu* por meio do qual obtive o título de Especialista em Nefrologia. O curso era em período integral, e como meu objetivo não era trabalhar em um hospital no período noturno, optei por exercer a docência em cursos Técnicos em Enfermagem. Finda a especialização, procurei conciliar o exercício da Enfermagem com o da Educação, separadamente; entretanto, trabalhava em uma clínica multinacional de diálise, e, por divergências no horário proposto, não pude mais lecionar em cursos Técnicos em Enfermagem. Então, decidi exercer a função de Educadora somente como Enfermeira. Assim, trabalhei como

Enfermeira da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), lecionando para os usuários dos serviços de saúde (pacientes e familiares). Esta decisão, mais uma vez, reforçou minha concepção de que o profissional de saúde é um Educador.

Embora continuasse a ensinar, agora em uma situação informal, senti imensa falta da sala de aula formal e dos alunos. Decidi, então, que não mais deixaria a Educação. Demiti-me da clínica e saí em busca de um emprego, que me permitisse conciliar o exercício das duas profissões: Educadora e Enfermeira. Voltei a estudar para melhorar minha *qualificação* como docente. Pensava cursar Pedagogia, uma vez que os cursos de graduação e de especialização me haviam proporcionado subsídios e/ou conhecimentos para ser Enfermeira, mas não para o trabalho didático formal, razão pela qual precisava continuar estudando. Finalmente, optei por cursar o Mestrado em Educação, acreditando que essa nova etapa me permitiria consolidar a relação profissional que sempre se fez presente na minha carreira: a relação Enfermeira/Docente.

O exercício de diferentes funções nos quadros da Enfermagem e nos da Educação, me possibilitou traçar um comparativo entre as variadas experiências profissionais. Nesse sentido, senti necessidade de construir e/ou reconstruir, para mim, o conceito do que é *ser* Enfermeira; pois, como profissional da área da Enfermagem, acredito que o *ser Enfermeira* não é algo que se delineie apenas durante a graduação, mas também que se incorpora aos poucos, durante o exercício da atividade profissional diária.

Nesse contexto do exercício de minha profissão, razão de minha entrada no doutorado, retorno à questão do cuidar de uma forma que considero mais ampla e abrangente. Retomo-a nesses termos, considerando que, anteriormente, ela se relacionava com os momentos nos quais eu trabalhava em instituições de saúde e ela estava restrita àqueles profissionais com os quais eu dividia os momentos assistenciais e de cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde. A amplitude do cuidar se apresenta no momento em que penso que é o Enfermeiro quem forma o Enfermeiro, o Auxiliar e o Técnico em Enfermagem.

Ao adentrar no doutorado comecei a conhecer a Teoria Crítica, que fez sentido nessa minha concepção de ver o cuidar atrelado ao contexto macrossocial ao qual está inserido e, não apenas as questões inerentes a biologia ou a saúde como se fosse simplesmente a ausência de doença. Dessa forma, as seguintes indagações foram surgindo:

Quais seriam o compromisso e a responsabilidade social daqueles que trabalham nas Instituições de Ensino Superior (IES), ministrando aulas aos futuros profissionais da área da Enfermagem, frente ao cuidar na formação do Enfermeiro? Que *tipo* de cuidar esse Enfermeiro/Docente constrói com seus alunos e exerce junto aos usuários dos serviços de saúde?

Em vários momentos, questioneei e ainda questiono se realmente estamos realizando nosso compromisso profissional como Enfermeiros e Enfermeiros Docentes, pois esse compromisso é também com a qualidade de vida das pessoas, e por consequência, com a condição de vida da população e com a Saúde em todas as suas dimensões, desde

a proteção, a prevenção até a promoção e a reabilitação, sem distinção, como pessoas semelhantes em direitos, deveres e valores.

Nesse contexto, faz-se relevante para a formação do Enfermeiro, além das exigências cabíveis à prática assistencial e dos requisitos que pesam sobre o ensino de enfermagem, a construção de outros conhecimentos. Impõe-se posição compatível não só com a prática de cuidar e de ensinar a cuidar, mas com a procura de novas formas de interpretação da realidade, orientadas por um projeto político-pedagógico de profissionalização, que reconheça as contradições da sociedade na qual está inserido e compreenda a complexidade dos contextos determinantes do processo saúde-doença.

2. O Tema e sua Delimitação

A partir do século XIX¹, o conhecimento científico passou a organizar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde; a forma majoritária como ocorreu a utilização desse conhecimento foi com enfoque predominantemente marcado na centralidade no tratamento de patologias dentro das instituições hospitalares. Esse modo de tratar as questões relacionadas ao processo saúde-doença acabou se consolidando no modelo de atenção à saúde, que, na atualidade, é conhecido como modelo hegemônico biomédico hospitalocêntrico. Seguindo esse modelo, os profissionais de saúde têm sido submetidos a uma formação fragmentada, que poderia ser considerada, segundo os teóricos frankfurtianos da primeira geração da Teoria Crítica, como uma pseudoformação, o que os direciona a uma abordagem com cunho essencialmente curativa do corpo biológico, levando-os a tratar as pessoas como objetos, desconsiderando sua história de vida, e os diversos modos de enfrentamento individual frente ao processo saúde-doença.

É inquestionável a participação dos avanços científicos na redução de inúmeras doenças infecciosas, mas, por outro lado, convivemos com o avanço das doenças crônicas; os dados epidemiológicos do século XXI evidenciam que as formas propostas para alcançar a saúde, não surtiram o efeito desejável. O quadro epidemiológico da população brasileira pode ser utilizado como exemplo para evidenciar essa situação. O país passou por uma transição demográfica acelerada, devido à queda acentuada dos níveis de fecundidade. O formato triangular da pirâmide populacional, com uma base larga, vem dando lugar a uma pirâmide etária típica de uma população envelhecida. (MENDES, 2019, p. 157). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. No Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (28%), neoplasias (18%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5%). (BRASIL, 2020, p.14).

¹ Os conceitos de saúde-doença foram analisados nesse estudo em sua evolução histórica, dentro da perspectiva ocidental, que foi fortemente influenciada pelo modelo europeu.

Dentro desse cenário, surge a necessidade de se repensar o modelo de formação do profissional de saúde a partir da compreensão de que saúde e doença são formas pelas quais a vida se manifesta, são experiências únicas e subjetivas, que vão além das questões postas pelo capital; surge, dessa forma, a tensão entre a subjetividade da doença, e a objetividade desse modelo de se *fazer* saúde, e da formação dos profissionais de saúde. Como seria possível quebrar o paradigma do atendimento ao episódio agudo, com ações imediatistas, que não evidenciam um sério e adequado planejamento social para a saúde? Da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento do cidadão e da sociedade? Como articular a formação do profissional de saúde, para que atue e estimule o desenvolvimento de um sistema de saúde, que cuide das pessoas para que elas não adoçam, e que estimule nas pessoas a autonomia de seu cuidar, e não apenas que cuide de forma *duvidosa* dos doentes, das doenças, e de suas consequências?

Partindo da consideração de que as diversas instituições de saúde precisam também auxiliar as pessoas para que não adoçam, e não apenas cuidar das doenças após a sua instalação, quando os indivíduos já estiverem acometidos por algum desequilíbrio no processo saúde-doença - o que invariavelmente pode trazer sequelas de ordem econômica, biológica e/ou emocional, de uma forma passiva, como se o fluxo, a demanda às instituições de saúde, necessariamente tivessem que ser espontâneas, longe do alcance de medidas que visem desenvolver ações para a proteção e promoção da qualidade de vida da população.

Dessa forma, levamos em consideração que a formação do Enfermeiro talvez não deva ser embasada apenas na vertente do domínio de conhecimentos técnicos e científicos. Acresce-se ao domínio dos conhecimentos técnicos científicos, a necessidade da utilização desses conhecimentos, articulados, e voltados para o atendimento das necessidades da realidade na qual os egressos dos cursos de Enfermagem estarão inseridos, visando o aprofundamento das experiências formativas sobre a compreensão da enfermagem como prática, e, sobretudo, como uma prática social, necessária também para o alcance da promoção da saúde da população. Essa postura lhe possibilita atender a demanda de saúde populacional, a partir da análise do seu perfil epidemiológico, com o desenvolvimento de ações pautadas na autonomia, e com qualidade técnica e política.

Em Teoria de La Seudocultura, Adorno (1966, s/p.) traz elementos que permitem refletir sobre as contradições presentes no modelo de formação na sociedade contemporânea:

A formação era tida [no iluminismo] como condição implícita a uma sociedade autônoma: quanto mais lúcido o singular, mais lúcido o todo. Contraditoriamente, no entanto, sua relação com uma práxis ulterior apresentou-se como degradação a algo heterônomo, como percepção de vantagens de uma irresolvida *bellum omnium contra omnes*. Sem dúvida, na ideia de formação cultural necessariamente se postula a situação de uma humanidade sem status e sem exploração. Quando se denigre na prática dos fins particulares e se rebaixa diante dos que se honram com um trabalho socialmente útil, trai-se a si mesma.

Não inocenta por sua ingenuidade, e se faz ideologia.

Esse tipo de formação, que se espalha no senso comum para se sustentar sobre aspectos meramente afetivos ou meramente tecnológicos ou biológicos, invade diversos âmbitos da vida e se afirma, tornando-se ideológica porque pode propiciar a negação da subjetividade. A formação que não considere os elementos da realidade na qual se insere, produz soluções imediatistas e frágeis; constitui-se como uma formação falsa, porque nega o desenvolvimento da autonomia do sujeito pseudoformado e pseudoculto, como argumenta Adorno.

A pseudoformação nega ao indivíduo a compreensão dos elementos aos quais está relacionado o processo saúde-doença, restando-lhe tão somente instrumentalizar-se. No caso específico dos profissionais da área da saúde, a busca incessante pela instrumentalização tecnológica, com vistas à adaptação ao *mercado da saúde*, pode excluir a possibilidade do desenvolvimento da consciência dos sujeitos do cuidar quanto aos processos causais dos desequilíbrios da saúde.

Utilizamos, fundamentalmente o conceito de pseudoformação, a formação em Enfermagem talvez não deva ser embasada apenas no domínio de conhecimentos técnicos e científicos na esfera da simples instrumentalização. Acresce-se a eles, a necessidade da utilização desses conhecimentos, articulados e voltados para o atendimento das necessidades da realidade, na qual os egressos dos cursos de Enfermagem estarão inseridos.

Nessa direção, Horkheimer e Adorno apresentam elementos para aprofundar nossa análise quanto à questão ideológica, que pode estar contida nos discursos oficiais do conceito de saúde, que podem produzir a pseudoformação do Enfermeiro:

Mas, como a ideologia já não garante coisa alguma, salvo que as coisas são o que são até a sua inverdade específica se reduz ao pobre axioma de que não poderiam ser diferentes do que são. Os homens adaptam-se a essa mentira, mas ao mesmo tempo, enxergam através de seu manto. A ideologia já não é um envoltório, mas a própria imagem ameaçadora do mundo. Não só pelas suas interligações com a propaganda, mas também pela sua própria configuração, converte-se em terror. Entretanto, precisamente porque a ideologia é a realidade dada, à falta de outra ideologia mais convincente, converte-se em ideologia de si mesma, bastaria ao espírito um pequeno esforço para se livrar do manto dessa aparência onipotente, quase sem sacrifício algum. Mas esse esforço parece ser o mais custoso de todos (HORKHEIMER & ADORNO, 1973, p. 203).

A área da saúde se impõe de forma diferente de outras áreas sociais, através do estabelecimento de um significativo envolvimento emocional, profissional e ético com as pessoas que buscam assistência exigindo, assim, um repensar e um refazer das práticas profissionais e dos processos de trabalho no âmbito do SUS, que, necessariamente, passam por uma redefinição na formação de seus profissionais.

Encontramos nos estudos de Bassani e Vaz (2003, p. 35), uma contribuição sobre os escritos dos teóricos frankfurtianos relacionados ao corpo, que pode nos fornecer elementos sobre as intervenções específicas dos profissionais de enfermagem dentro do contexto da saúde:

[...] Existe ainda pelo menos uma outra contribuição de Adorno no que se refere ao tema *corpo*, que emerge em praticamente todos os ensaios do livro em questão (*Educação após Auschwitz*). Trata-se de uma série de expressões empregadas por Adorno, tais como *cicatriz*, *ferida*, *arrepio*, *sangue*, entre outras. A hipótese é de que essas expressões que, na falta de uma designação melhor, chamaremos de *metáforas corporais*, não são empregadas por acaso, sem um propósito, sobretudo se considerarmos a envergadura de um filósofo como é o caso de Adorno, e sua preocupação e rigor quanto à forma da linguagem como meio de expressão rigorosa do objeto. Ao que tudo indica, um estudo amplo e minucioso a respeito dessas expressões, que aparecem também no núcleo central das obras do autor, trará contribuições importantes para a educação do corpo, e certamente revelará pistas para compreendermos melhor o lugar do corpo em sua Filosofia Social.

O tema corpo alcança uma dimensão na obra de Adorno, utilizando expressões que denotam a fragilidade corporal – cicatriz, ferida, sangue e arrepio. A questão emergente é a possibilidade, dessas fragilidades apontadas, irem ao encontro da realidade social à qual esse corpo está submetido, ou representarem o reflexo das condições sociais somatizadas pelo corpo.

Dessa forma, os processos de formação na área da saúde estão intimamente relacionados com a realidade social e com os processos de desenvolvimento econômico, científico e tecnológico. Por essa perspectiva, as transformações que caracterizam a contemporaneidade onde a realidade está colocada na esteira da incerteza, devido ao seu caráter de constantes mudanças em um curto período de tempo, até mesmo no âmbito das ciências, suplantando essa divisão entre ciências humanas e ciências biológicas, ao se pensar em uma formação integral, que vá de encontro as questões colocadas por essa corporeidade.

Outra vertente, que se faz necessário observar, é o acesso aparentemente universal à informação, a valorização da tecnologia e à transformação do modo de produção e do trabalho, com a quase normatização de algumas qualidades consideradas necessárias aos trabalhadores para a inserção no mundo do trabalho (que se apresenta cada vez mais competitivo, exigente e instável).

É frequente poder observar as discussões a respeito das inovações tecnológicas na formação do profissional da saúde. Contudo, o que invariavelmente se presencia é o aumento do uso de tecnologias, tornando o cuidar, uma *ciência asséptica*, que parece não estar voltada à sociedade, às pessoas que a sustentam, na medida em que os profissionais mostram-se mais preocupados em evidenciar seus domínios no uso das tecnologias e das descobertas científicas, para se inserirem e se manterem no competitivo mundo de trabalho,

do que compreender as necessidades do ser humano a quem está prestando cuidado.

Zuin elabora pertinentes considerações a esse respeito, em seu estudo sobre a publicização do corpo e a formação, na perspectiva da Teoria Crítica:

A imagem da educação pela dureza, na qual muitos crêem irrefletidamente, é basicamente errada. A concepção de que a virilidade signifique o máximo de capacidade para suportar a dor já se transformou há tempos em símbolo de um masoquismo que – como demonstra a psicologia – se funde com demasiada facilidade ao sadismo. Em última análise, a elogiada têmpera para a qual se é educado significa pura e simplesmente indiferença à dor... Aquele que é duro contra si mesmo adquire o direito de sê-lo contra os demais e se vinga da dor que não teve a liberdade de demonstrar, que precisou reprimir. (ADORNO, 1986, p. 39 apud ZUIN, 2003, p. 45)

Pode-se questionar o tipo de formação necessária, não apenas para atender as demandas do capital impostas à sociedade, mas uma formação que consiga dialogar com a essa realidade social, promovendo a consciência formal dessas contradições levantadas, em que a perpetuação da dor, subjugando o outro no momento em que se encontra em maior vulnerabilidade não seja uma ação corriqueira.

Por outro lado, a articulação do conhecimento com o perfil epidemiológico do processo saúde-doença parece não ser relevante nas práticas sociais cotidianas, como se para suprir as necessidades de saúde fosse necessário apenas o conhecimento e o saber fazer tecnológico. Na esfera das ciências da saúde, parece se apartar a cidadania para explicar a relação do processo saúde-doença sob um prisma restrito, o da vertente exclusivamente biológica, instrumental e tecnológica, que trazem, invariavelmente, certezas imediatas, e que se autodenominam como legítimas para alcançar uma suposta qualidade de vida. Adorno (2002, p. 94) fornece elementos para aprofundar a análise dessa situação:

Como vários outros elementos do materialismo dialético, também a noção de ideologia foi transformada de um meio de conhecimento em um meio de controle do conhecimento. Em nome da dependência da superestrutura em relação à infra-estrutura, passa-se a vigiar a utilização de ideologias, em vez de criticá-las. Ninguém mais se preocupa com o conteúdo objetivo das ideologias, desde que estas cumpram a sua função.

A *ciência asséptica* poderá ocorrer na medida em que, na formação do Enfermeiro, a vertente tecnológica possa aparecer como objetivo último, a ideologia predominante de promover a solução imediata a todos os problemas de saúde, se distanciando de qualquer possibilidade de reflexão sobre o que ocorreu antes de instalado o processo saúde-doença, promovendo um distanciamento, uma descaracterização da função social do profissional da área de sua ação em âmbito preventivo. Essa formação tende a levar a uma racionalidade instrumental, apartando o sujeito das possibilidades de reflexão sobre a realidade em que se insere, podendo levar à impossibilidade da construção da autonomia do pensar nos processos formativos. Pode não mais propiciar uma formação intelectual e cultural ampla. O que se apresenta é uma *pseudoformação*.

O avanço técnico que poderia libertar o homem das diversas formas de trabalho massificadoras, o tem aprisionado no tecnicismo. Horkheimer e Adorno (1966, s/p) nos apresentam essa situação:

O sonho da formação – a libertação da imposição dos meios e da estúpida e mesquinha utilidade – é falsificado em apologia de um mundo organizado justamente por aquela imposição. No ideal de formação, que a cultura defende de maneira absoluta, se destila a sua problemática.

A pseudoformação se apresenta como algo distorcido, que nega ao sujeito a compreensão das questões às quais está relacionado o processo saúde-doença, restando-lhe simplesmente se instrumentalizar. No caso específico dos profissionais da área da saúde, a busca incessante pela instrumentalização tecnológica, com vistas à adaptação ao *mercado da saúde*. Esse processo pode excluir a possibilidade do desenvolvimento da consciência dos sujeitos, dos processos causais dos desequilíbrios da saúde.

A pseudoformação pode ter como elemento constitutivo, a separação, no âmbito das relações capitalistas, aos diferentes tipos de trabalho, a insegurança social e econômica, levando os indivíduos a ter ações imediatistas em busca da satisfação de suas necessidades materiais. Segundo os autores:

A formação tem como condições a autonomia e a liberdade. No entanto, remete sempre a estruturas pré-colocadas a cada indivíduo em sentido heteronômico e em relação às quais deve submeter-se para formar-se. Daí que, no momento mesmo em que ocorre a formação, ela já deixa de existir. Em sua origem está já, teleologicamente, seu decair. (HORKHEIMER; ADORNO, 1966, s/p.)

O indivíduo pseudoformado acaba aprisionado em processos formativos acelerados, fragmentados, cujo imediatismo pode deformar a capacidade de perceber, pensar, entender e sentir, por não remeter à consciência e à autoconsciência. Contudo, mesmo num ambiente que privilegie esse movimento, Adorno argumenta que a própria reflexão sobre a situação de pseudoformação se apresenta como possibilidade de emancipação.

Uma questão importante a ser considerada na pseudoformação é a questão das especialidades. O saber tecnológico em áreas restritas e cada vez mais especializadas se faz crucial para manter-se no mundo do trabalho, contudo corre-se o risco de não ampliar o olhar para as questões mais abrangentes que estão intimamente relacionadas a esse saber especializado, e focar apenas em uma formação mais ampla, diversificada e geral, na medida em que se absolutiza em si mesmo, ao se congelar em categorias fixas, diagnosticando o caráter regressivo, um provável colapso dessa pseudoformação, ao não ampliar o foco de atenção, e sim diminuir, até se perder de vista o objeto.

Nesse ponto, a formação cultural pode ser negada, apresentando-se como uma formação falsa. O pseudoculto, por acreditar ser possuidor de uma formação adequada, pode apresentar um bloqueio para uma formação mais abrangente pelo simples fato de acreditar ser possuidor de conhecimentos já relevantes. O que Horkheimer e Adorno conceituam como pseudoculto é o indivíduo com uma consciência eminentemente instrumental.

As práticas escolares ao assumir, mesmo que de forma *inconsciente*, a reprodução dos modos de produção da sociedade capitalista dominante, podem se tornar um veículo de destaque de disseminação dessa *ciência asséptica*, que não se apresenta diretamente vinculada à pseudoformação, mas não está de todo separada da sociedade, de um contexto histórico-social. Ao analisarmos seus desenvolvimentos e os inúmeros avanços tecnológicos e científicos (imunobiológicos, antibióticos, mapeamento genético, telemedicina, etc.), nos deparamos com a questão de que, apesar de toda essa potencialidade, persistimos com o recrudescimento de agravos básicos, eminentemente relacionados com situações de vulnerabilidade social (desnutrição, doenças parasitárias, tuberculose, malária e etc.). Dessa forma, a ciência não pode ser mesmo considerada neutra, na medida em que praticamente expurga os grupos excluídos socialmente de seus avanços, em uma situação de dominação social.

3. Percurso Metodológico

Ao considerar que as dimensões do processo do trabalho e conseqüentemente da formação do Enfermeiro, estão intrínsecas às questões relacionadas ao cuidar; gerenciar, ensinar, pesquisar e sobretudo à participação política nos assuntos inerentes à saúde em geral e, em particular a sua profissão. Partindo também da premissa que o acúmulo de funções do Enfermeiro, que poderiam ser compartilhadas na equipe multiprofissional (as que não são de sua exclusividade), podem dificultar o desenvolvimento de suas atribuições específicas. Dessa forma, o Enfermeiro pode acabar centralizando suas ações de coordenação da equipe com caráter operacional, mais do que ideológico e político ou em atividades administrativas o que conseqüentemente empobrece a sua prática; com isso, o estudo teve as seguintes questões de pesquisa:

- 1) Como se situa a formação do Enfermeiro na sociedade capitalista de consumo?
- 2) Como construir relações pedagógicas visando a formação crítica dos sujeitos, a busca da autonomia e de caminhos emancipatórios no exercício da profissão de enfermagem, no contexto da sociedade capitalista de consumo e ante a hegemonia do modelo biomédico hospitalocêntrico?
- 3) Que subsídios poderiam oferecer as histórias orais de vida de professores de enfermagem Enfermeiras e Enfermeiras para a construção de um trabalho ou processo alternativo de formação em enfermagem?

3.1 Hipóteses

Baseada na problematização, a pesquisa partiu das seguintes hipóteses:

1) A formação do Enfermeiro no contexto do sistema socioeconômico e cultural vigente tem assumido uma conotação de pseudoformação, fragmentada, unidimensional, isto é mais focada no binômio saúde-doença, privilegiando os aspectos técnicos-científicos, desarticulada das necessidades, da realidade global na qual os egressos dos cursos de enfermagem vão estar inseridos.

2) A construção de uma formação anti-hegemônica e anti-consumista se faz possível, suscitando uma postura crítica frente à situação socioeconômica, política e cultural em que se realiza a atividade do profissional da enfermagem, promovendo a subjetividade, a autonomia, a autoafirmação e o autodesenvolvimento, que transpasse os aspectos meramente técnicos e biológicos, de forma a inserir o saber da enfermagem na unidade do ser humano, no respeito às suas diferenças e necessidades fundamentais de forma a superar o reducionismo do binômio saúde-doença.

3) A história oral de vida de Enfermeiras professoras de enfermagem e Enfermeiras podem contribuir para um projeto pedagógico alternativo em enfermagem, pois ao abrir a própria vida no exercício da profissão poderão manifestar posicionamentos subjetivos, corporais, afetivos, vivenciais, autônomos e enriquecer as teorias pedagógicas.

3.2 Objetivos

Os objetivos do estudo consistiram em:

- analisar como ocorre a formação do Enfermeiro, tendo em vista as estruturas macrossociais determinantes do processo saúde-doença;

- descrever como as Enfermeiras professoras de enfermagem e as Enfermeiras compreendem a construção do processo formativo e a possibilidade do desenvolvimento do exercício da autonomia no cuidar.

- identificar se existe a possibilidade de escapar, contestar, desconstruir no projeto formativo, a onipresente hegemonia do capitalismo e da sua universalidade técnico-científica consumista na área da saúde.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

A partir da análise de casos individuais de quatro Enfermeiras como sujeitos da pesquisa, foi possível compreender suas trajetórias biográficas, com vistas à compreensão social em que suas práticas se inserem e são exercidas. Duas Enfermeiras também são educadoras, atuando diretamente com a formação de Enfermeiros (uma docente de uma instituição privada e uma docente de uma instituição pública). Para esses sujeitos no que

se constitui a sua participação na formação, tendo em vista as relações que se estabelecem entre vida, trabalho e formação?

A pesquisa também confrontou os diferentes pontos de vista sobre a formação e as relações sociais que são estabelecidas no âmbito educacional, ao analisar os distanciamentos e proximidades entre as experiências profissionais. Assim, esse distanciamento do tempo entre as gerações de Enfermeiras evidenciou se ocorreram diferenças na formação, em relação ao exercício da autonomia para o cuidar, entre as gerações. Dessa forma, elegemos também como sujeitos da pesquisa duas Enfermeiras formadas a partir de 2006 (uma Enfermeira formada por uma instituição pública e uma Enfermeira formada por uma instituição privada), pelos pressupostos da última DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais) vigente para o curso de graduação em Enfermagem, contextualizando o momento histórico dessas formações.

3.4 Dimensão Empírica

A parte empírica da pesquisa foi realizada através do método de história oral, segundo Meihy (2000, p. 12), “algumas histórias pessoais ganham relevo à medida que expressam situações comuns aos grupos ou que sugerem aspectos importantes para o entendimento da sociedade mais ampla”. Acreditamos que a história oral possa apresentar a possibilidade de evidenciar e aprofundar as representações sobre as experiências educacionais, ao permitir a expressão da subjetividade dos sujeitos em suas narrativas, manifestando suas vivências e experiências na formação e no trabalho. As entrevistas ocorreram individualmente em local previamente escolhido pelas colaboradoras. A cada uma, como questão disparadora da entrevista, foi solicitado que contasse:

- Como e quando surgiu a vontade de ser Enfermeira?
- Como a enfermagem entrou na sua vida e, que faz de você ser a Enfermeira que você é?

4. Análise das Histórias Orais de Vida

Atendendo a solicitação das entrevistadas para preservação da identidade, elas foram nomeadas aleatoriamente com nomes de pedras preciosas e, os outros nomes citados em suas narrativas foram substituídos por suas letras iniciais.

Na análise, são apresentados os recortes das unidades de significado que evidenciaram como as narradoras compreendem a formação, o trabalho, o *lócus* do cuidar na enfermagem e, sobretudo como elas lidam com os conflitos constantes do cotidiano nas equipes multiprofissionais, para desenvolverem suas ações no processo saúde-doença em prol da qualidade de vida da população.

De forma geral, as narrativas das Enfermeiras formadas pelos diferentes tipos de instituições (públicas e privadas) não apresentaram diferenças conceituais, bem como a narrativa das docentes das diferentes instituições. Entretanto, ao se analisar separadamente as narrativas das Enfermeiras e Enfermeiras docentes, encontramos características bem distintas quanto à visão estabelecida frente ao *lócus* do cuidar. As Enfermeiras apresentaram uma visão referente ao *lócus* do cuidar eminentemente prática, sem uma reflexão, ou subsídios teóricos suficientes que embasem de forma mais aprofundada esse posicionamento, conforme as narrativas abaixo:

Eu não consigo me ver como Enfermeiro, assim, como uma profissional da saúde, é como amigo mesmo, eu converso, minha mãe uma vez veio aqui e, aí a gente começou a conversar, minha mãe conheceu os pacientes, ficou conversando; então, assim, eu não tenho muito essa barreira de jaleco, não é comigo, com paciente não!

(...) O tratamento deles aqui, mesmo com essa minha interação, não seria diferente, porque alguns na verdade, já querem alta, porque é um tratamento longo, demora a surtir efeito...

(Madrepérola)

O modo como Madrepérola aborda sua relação com os pacientes pode remeter a pensar que ela não identifica que sua atuação está em consonância com os instrumentos do processo de cuidar, em que estão inerentes ações como as de fornecer apoio emocional, estabelecer comunicação terapêutica, orientar sobre medo, angústias e apreensões, chegando ao ponto de pensar que seu trabalho não é relevante, que qualquer outro elemento da equipe multiprofissional poderia exercê-lo. A vida pulsa em suas ações, mesmo que talvez ainda não tenha ainda a nítida percepção desse fato, ela encontra momentos para exercer a sua autonomia no cuidar.

Será esse fato a evidência do reflexo de uma pseudoformação, revestida por processos formativos marcados pelo viés biologicista, em que apenas as atividades de cunho eminentemente práticas, voltadas para um corpo apenas na esfera biológica? Sem levar em consideração as outras dimensões que integram a constituição do sujeito e que também perfazem o processo saúde-doença no âmbito social, negando a subjetividade do sujeito e, por consequência a sua própria subjetividade. No entanto, mesmo sem ter presente a consciência desse fato, ela burla o que seria sua pseudoformação, sua subjetividade negada, mantendo uma postura emancipada ao lidar com seus pacientes na vertente da humanização no cuidar.

Por outro lado, a fala de Ametista evidenciou que:

...o nosso cuidado na enfermagem é mais direto, porque sempre tem a gente 24 horas que fica realmente aqui. Que fica mais, você está mais junto, a parte que você esta lá, você vai verificar sinais vitais, vai administrar uma medicação. Você fica muito mais tempo com os pacientes do que todos os outros profissionais e acaba criando um vínculo com o paciente, que ele acaba falando mais com você, até uma professora minha brincava assim:

Tem esse cuidado mais direto mesmo, você está mais em contato com o paciente, você escuta mais, fica mais um certo tempo lá, conhece todo mundo, porque você está em uma unidade, você está com todo mundo ali, é tudo responsabilidade sua.

A fala de Ametista nos leva a pensar que ela reconhece que seu processo formativo lhe possibilitou elementos de proximidade, de apoio ao outro em situação de vulnerabilidade, aliada também às esferas administrativas, denotando outras vertentes para o cuidar, além da eminentemente técnica, de apoio emocional, ela sinaliza que a responsabilidade administrativa também é uma incumbência da Enfermeira perante o cuidar.

Nessa perspectiva de articulação da teoria com a prática, Marcuse nos apresenta subsídios para análise:

Se a preposição de Kant, segundo a qual não se deveria educar para a sociedade atual mas sim para uma sociedade melhor, ainda conserva algum sentido, então a educação precisa modificar também (e talvez antes de tudo) o lugar das ciências nas universidades e no domínio inteiro da “pesquisa e desenvolvimento”.

(...) Pode-se considerar a criação de um reduto acadêmico, onde a pesquisa científica seria feita independentemente de quaisquer aspectos militares, onde a organização, a marcha e a publicação das pesquisa seria inteiramente deixadas a um grupo independente de cientistas que levasse a sério a idéia de humanidade. (MARCUSE, 2001, p. 95)

Coloca-se dessa maneira, uma ideia de formação articulada com o contexto social de forma geral, para o desenvolvimento da humanidade como um todo, não voltada apenas aos interesses socioeconômicos. Segundo Zuin (1999, p. 118 - 119), para Adorno; o objetivo da práxis educacional é a emancipação, se a teoria se faz necessária, não se pode deixar de considerar que tal procedimento pode conduzir a sua própria absolutização. Atento para tal possibilidade, Adorno observa que se a teoria possui uma certa interdependência da prática, por outro lado reafirma que nem a prática transcorre sem a teoria nem esta sem a prática:

Se a prática fosse o critério da teoria, se transformaria, por amor ao *thema probandum*, no embuste denunciado por Marx e portanto, não poderia alcançar o que se pretende;

se a prática se orientasse simplesmente pelas indicações da teoria, se endureceria doutrinariamente e, além disso, falsificaria a teoria. (ADORNO, 1992, p. 89 apud ZUIN, 1999, p. 119).

Nesse perspectiva, os processos educacionais não se restringem ao necessário momento da instrução, mas certamente o transcendem. Esse tipo de raciocínio nos leva a inferir que a esfera do processo educativo não se limita às instituições de ensino, ampliando a percepção a ponto de investigarmos a forma como a mercantilização dos produtos simbólicos, o que determina novos processos educativos fora ou dentro das escolas.

Enquanto as Enfermeiras docentes ao narrar seus posicionamentos e opções de vida e profissão, frente às mesmas questões, apresentaram uma maturidade profissional que as possibilita assumir posturas mais autônomas em suas decisões perante o cuidar, que em parte pode ser explicada pelos anos de profissão e de vida e, sobretudo pelas trajetórias profissionais percorridas, tempo esse que as outras Enfermeiras ainda não tiveram o suficiente, para refletir de forma mais aprofundada sobre a sua formação e exercício profissional, sem contudo deixar de exercê-lo, de apresentar a “fagulha libertadora do humano” em suas ações cotidianas, conforme evidenciado nos excertos a seguir:

Cuidar para mim é isso, não é só eu ser tecnicamente habilitada, a fazer todos os procedimentos na máquina! Isso salva a vida do paciente? Salva, mas não 100%. Porque se a gente não dá uma atenção, se a gente não conversa com o paciente e, com a família, se a gente não entender o problema dele, o paciente pode até cometer suicídio, ele desiste do tratamento.

(Turqueza)

Turqueza alia as percepções das necessidades de cuidado apresentadas por Madrepérola e Ametista, tanto referente à humanização do cuidar, como também a parte técnica e gerencial, evidenciando que os instrumentos do cuidado são os mesmos, independente dos locais em que ele for exercido.

Já Cristal demonstrou o cuidado como interdisciplinar, compartilhado, aprendido constantemente e ensinado:

Nesse ambulatório eu trabalhava muito próximo de um Terapeuta Ocupacional, na época a gente montou um trabalho conjunto. Estávamos em um ambulatório antigo, era atrás do MASP, e conseguia ir para lá os funcionários antigos já, eles entravam na periferia e conseguiam chegar no Centro só quando estavam já há anos na carreira, portanto nós éramos os mais novos. Então nós fomos montando um trabalho que hoje em dia se chama acolhimento, tem esse nome que vem da Saúde

Mental, esta perspectiva de trabalho que hoje tem na Atenção Básica veio da Saúde Mental. A gente fazia um atendimento nesta perspectiva de acolher as pessoas que estavam sem agendamento, ou porque estavam em surto ou o porque tinham perdido a consulta. A gente montou esse esquema de acolher, atendia também em grupos, atendíamos a família, trabalhávamos muito.

(...) Neste sentido eu sempre me instrumentalizei, tanto na formação em psicodrama, para atender, estudei muito e, depois fui fazer o mestrado, fui atrás de instrumentos de outras áreas de formação, de outros conhecimentos, mas sempre para instrumentalizar o meu específico que era o cuidado e, disto eu não tenho dúvida, sempre que tinha, tanto no ambulatório quanto depois que fui para o Hospital Dia, o atendimento, quando tinha lá pacientes em surto que precisavam de cuidado, embora a gente trabalhasse junto na equipe, eu conseguia sempre perceber o instrumento de cada um. (Cristal)

Conceituar o cuidado tem sido uma preocupação constante de diferentes autores que buscaram dar um cunho pessoal em suas interpretações, a respeito dos significados e das formas como este se processa, revelando o aspecto humano, o profissional, mas sempre como uma visão abrangente do cuidado, da mesma forma que nossas entrevistadas também abordaram como estabelecem a sua relação com o cuidado, tentando superar ao máximo qualquer tipo de fragmentação que possa ser imposto pelos determinantes macrossociais nas instituições de saúde. Contudo, essa dimensão do cuidado nem sempre tem se tornado presente no cotidiano dos serviços de saúde, como se evidencia no excerto abaixo:

(...) Eu vejo desta forma, já fiquei internada, já fui parar em hospital, já fui maltratada, como muita gente também; às vezes até em hospital particular, você vê a arrogância, você vê a indiferença e, eu acho que é isso assim, sabe? (Madrepérola)

Nessa mesma direção, podemos apontar que o cuidado, ou melhor, a falta do cuidado, conforme relatado por Madrepérola, talvez esteja revestido apenas pela razão instrumental, sem a preocupação com as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde, a frase de Ametista também serve para evidenciar essa situação:

Já fiquei internada em hospital particular o ano passado, eles iam lá não tinha nada respiratório e faziam PA, pulso, temperatura, frequência respiratória e, saturação oxigênio manhã, tarde e noite e, às seis da manhã, às oito, às quatorze, às vinte e, às 6 da manhã, ver todos os sinais vitais de novo (mas verificavam as cinco, porque as seis o pessoal da noite acabava adiantando).

As narradoras relataram a realidade de um cuidado asséptico, desprovido de interação, de reciprocidade, de atenção, revestido de ações de um caráter instrumental, que podem perpetuar a barbárie. Nesse sentido, cabe aqui algumas indagações:

Em que momento os profissionais do cuidar revestiram suas ações nesse grau de frieza? Quais os processos que servem como *pano de fundo*, nesses cenários de indiferença? Qual é o papel da formação dentro desse processo de dessensibilização?

A Teoria Crítica pode nos fornecer subsídios para analisar essas questões. A pseudoformação que pode estar instalada reflete um estado de coisas no qual a dimensão emancipatória da racionalidade é obstaculizada, imperando a sua dimensão instrumental voltada para a exploração e a dominação. Dessa forma, as pessoas têm a falsa noção de que já possuem os conhecimentos necessários, quando na verdade se informam de modo superficial, sobre diversos assuntos. Instala-se a supremacia do pensamento vazio sobre o raciocínio crítico, o que conduz necessariamente à reflexão sobre o incentivo para a ausência de reflexão. (ZUIN, 1999, p. 65)

Nesse contexto, invariavelmente, os profissionais, para suportar a pressão ao se defrontarem com ambientes de trabalho insalubres, onde predomina a falta de materiais, equipamentos e recursos humanos, se apoiam no embrutecimento, revestindo-se na fria racionalidade técnica, instrumental e burocrática do trabalho. Zuin (1999, p. 43, 71), ao citar Adorno & Horkheimer sobre a conversão da formação em pseudoformação, apontou que “a socialização radical significa alienação”, que a universalização do gênero humano, por meio da instrumentalização da razão, ao invés de provocar apenas a emancipação, reproduz o isolamento e a dessensibilização. Quando as pessoas se dessensibilizam em relação aos outros e em relação a si próprias, ou quando os objetos são construídos sem o objetivo de auxiliar a composição de uma vida melhor para todos, estamos diante de um sistema social, cujas relações favorecem um clima cultural favorável à reincidência da barbárie.

Esse cenário em parte pode ser explicado pela hegemonia fortemente herdada da educação em enfermagem, desde seus primórdios, onde estava contida a submissão das relações sociais ao capital, perpetuando o poder da classe dominante, pelo cruel viés da inclusão, ao permitir as mulheres terem uma posição social de comando (mesmo que limitado), em um momento que estavam restritas as tarefas domésticas. No entanto, a educação em enfermagem veio fortemente pautada na ideologização e na limitação das ações críticas, revestida no reducionismo mecanicista, subsumindo a formação como forma de adaptação as condições de produção e reprodução do capital, onde seu processo de formação, ou melhor dizendo, de pseudoformação consistia em um sistema de ensino pautado no treinamento, com divisão clara de tarefas entre as *nurses* e *ladies nurses*.

Segundo Zuin (1999, p. 139), Adorno defende a necessidade dos homens abandonarem seu estado de minoridade, eles devem se emancipar da tutela feita pelos outros, ousando fazer o uso público de sua própria razão. Nessa perspectiva, Marcuse, em

seus comentários para uma redefinição da cultura, afirmou que:

Como tal, a dominação é aceita e defendida, e os homens fazem dela a sua própria causa. O resultado é um estado de dependência universal, mútua, que obscurece a hierarquia efetiva. Por trás do véu da racionalidade tecnológica aceita-se a heteronomia universal sob a forma de liberdades e confortos, como os oferecidos pela “sociedade afluyente”.

Sob tais condições, a criação (ou recriação) de um refúgio de independência espiritual (a independência prática e política é efetivamente impedida pelo poder concentrado e pela coordenação na sociedade industrial avançada) deve adotar a forma de um retrocesso, de um isolamento consciente, de “formação da elite” intelectual. E de fato uma redefinição da cultura contrariaria as tendências mais poderosas. Significaria a libertação do pensar, do investigar, do ensinar e do aprender em relação ao sistema existente de valores e de modos de comportamento, assim como a elaboração de métodos e conceitos capazes de ultrapassar racionalmente os limites dos fatos e dos “valores” estabelecidos. (MARCUSE, 2001, p. 85)

Assim, podemos compreender que o contexto em que as práticas de enfermagem são exercidas pode ser pano de fundo para a instalação de processos adaptativos, impregnados de um viés de pseudoformação, visto que a mesma até pouco tempo era socialmente visualizada, imaginada e adaptada somente como sinônimo exclusivo do cuidado à saúde numa prática meramente assistencial, de modo a atender as necessidades estritamente biológicas, com predomínio no cenário hospitalar. Com o passar dos anos esta concepção obteve gradativamente flutuações em seus conceitos, tornando necessárias profundas avaliações em relação à profissão e sua importância como uma ciência da área da saúde.

É no sentido de evidenciar que existe a possibilidade de superação dessa fria realidade instrumental, que a vida pode continuar pulsando mesmo quando negada. Um excerto da narrativa de Cristal pode exemplificar a possibilidade de ruptura dessa situação:

Eu sempre lembro aos estudantes no primeiro dia de aula, da responsabilidade pública que a gente tem, da importância de termos uma prática que incida na dimensão política da vida. Não tenho dúvida que a opção pelo referencial teórico é uma opção política, não é neutra e tem coerência com a visão de mundo do professor, do pesquisador.

No entanto, para fazer sentido, essa discussão teórica se articula, como pode ser utilizada para transformar a prática, senão fica sem sentido. Apresentamos conceitos que ajudem a identificar necessidades de saúde e a planejar projetos com a população, projetos de educação em saúde numa perspectiva emancipatória, não prescritiva. (Cristal)

Embora muitos estudos chamem a atenção para a humanização da assistência, ideia aqui compartilhada e valorizada, entende-se que esta proposta será mais significativa se pensarmos a humanização do ensino a partir dos relacionamentos estabelecidos durante o processo de formação. Nesse sentido, nossas entrevistadas apresentam outros elementos para pensar a situação:

(...) Então, aprimorar as condições de saúde daquele sujeito ali, quando você está na prática dentro da unidade básica, a gente tem que aprimorar as condições de saúde do indivíduo, isso não tem discussão porque esse é um instrumento que está desenvolvido há séculos, os da clínica médica, a medicação, o diagnóstico, etc. Então digo aos estudantes que esses a gente tem que utilizar na excelência, estes instrumentos a gente tem que dominar muitíssimo bem, na excelência, e isto não tem questionamento. Mas digo que vamos ali discutir, fazer a síntese, do que a gente não tem ainda domínio, que é esta perspectiva de atender o sujeito, de aprimorar as condições de saúde do sujeito, por referência ao grupo social ao qual ele pertence, pensando que é isso que é o coletivo, não é um conjunto homogêneo de pessoas, mas é o conjunto heterogêneo dos grupos sociais que compõem um determinado território, o da unidade básica, que a gente quer aprimorar as condições de saúde, quem sabe um dia chegar na igualdade, sair da equidade para ir para a igualdade, que é um projeto utópico lá na linha do horizonte, é isso. (Cristal)

Cristal nos faz pensar uma formação não restrita apenas aos aspectos técnicos e biológicos do processo saúde-doença, que são extremamente importantes, mas não os únicos aspectos a serem considerados, ela postula que a determinação social dos eventos mórbidos deve ser levada em consideração e, avança no sentido de entender uma formação que leve ao desenvolvimento da consciência que supere a alienação, como forma de emancipação, pois somente dessa forma, o cuidado poderá ser desenvolvido em todas as suas possibilidades.

Já Turqueza sinaliza com a humanização do cuidar, para tomar condutas que privilegie a subjetividade dos sujeitos, sem burocratizar ações em protocolos institucionais, amparando-se nos conhecimentos da profissão e, no trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional, conforme excertos a seguir:

(...) trabalhei muito na UTI, muito em emergência, são os lugares que eu mais adoro trabalhar, se eu tiver que tomar uma conduta que – a norma do hospital é duas visitas, mas eu sei que esse paciente tem um prognóstico ruim, veio à família, mas tem um monte lá fora esperando para ver, eu libero.

(...) E aí eu arco com as consequências, enquanto profissional do lugar. Por que é

que você abriu exceção?

Então aí a gente tem que conversar também com a equipe multidisciplinar, então, por exemplo, dentro de uma UTI a gente tem um médico 24 horas – ô doutor, eu vou liberar mais um pouquinho. Entendeu? (Turquesa)

O modo como Ametista descreve o seu compromisso com o cuidar, nos remete a pensar que, com sutileza, ela desenvolve a percepção de que os compromissos gerenciais compõem mais uma das esferas da humanização do cuidar, além da própria atitude de real interesse pelo outro nas interações humanas:

(...) Outro compromisso é a postura, do jeito que você vai cuidar, do jeito que você se comporta, que você conversa com o paciente, do que você passa para ele é, você escutar o que ele tem para te falar e, ver aquela necessidade dele(...)

(...) também tem o compromisso realmente do gerenciamento, que tem que ter, porque querendo ou não, até com os indicadores é importante ver, por exemplo:

Nossa, está tendo um alto índice de quedas, por que será? A gente vê se o protocolo se está sendo efetivo, revê as técnicas para poder diminuir isso, é um compromisso também. (Ametista)

Neste aspecto, para Esperidião (2001, p.16), a mudança de paradigma na assistência em saúde encontra-se intimamente relacionada com a formação dos profissionais envolvidos nesse processo, pois ao reconhecermos o futuro trabalhador em saúde como pessoa, facilitamos o reconhecimento dele mesmo como fator básico no cuidado, favorecendo a manutenção de sua própria saúde mental e ampliando, conseqüentemente, suas possibilidades em estabelecer relações mais humanizadas.

Entre os elementos que constituem uma relação de cuidado, se encontram os de um sentimento de implicação ativa, uma disposição genuína para responder, presenciar, ter reciprocidade e o compromisso para promover o bem-estar do outro (BENJUMEA, 2004, p. 137). Contexto este que é denotado na fala da Madrepérola:

Esta no leito é só mais um número, só mais um cuidado hoje, é só mais um resultado que tem que sair daqui a alguns meses; então precisa liberar este leito. Eu vejo assim mesmo, empatia, sabe fazer aquilo por alguém, que você gostaria que fizesse por você, esperar o retorno, igual você, sabe?

Acho que esse é o nosso papel, ensinar a fazer direito e, ter a confiança naquilo que ele faz, porque realmente não dá para a gente fazer toda a parte assistencial mesmo,

porque não é nossa, porque tem a parte do Técnico e do Auxiliar e, não daria para dar conta do administrativo e, assistencial ao mesmo tempo. (Madrepérola)

De acordo com Adorno (2002, p. 64), a formação cultural é justamente aquilo que só poderá ser obtida a partir do esforço espontâneo e interesse, que a simples frequência a cursos não garante. Na verdade ela não corresponde a esforços, mas sim à disposição de aprender, de cuidar, como evidencia Madrepérola.

Enquanto Turqueza evidenciou o processo dinâmico da aprendizagem em serviço e a importância de sempre estar disposta a aprender, Ametista denotou os contrapontos do exercício profissional, ao narrar que mesmo estando presente a maior parte do tempo, não tem condições de resolver todas as situações que envolvem o cuidado, mesmo tendo a gestão da unidade como sua responsabilidade.

Este estudo nos permite afirmar que a relação pedagógica entre professor e aluno, Enfermeira e equipe de enfermagem, Enfermeira e usuário dos serviços de saúde é influenciada por fatores externos e anteriores ao momento do processo de ensino em si. Neste contexto, observa-se também, que sempre houve e há uma premente necessidade de profissionais da área da saúde qualificados, seja para a área assistencial ou para a área da docência, como ponto importante para a melhoria da formação do futuro profissional, voltada a uma visão geral e não fragmentada, para que a enfermagem não se torne uma profissão de visão retrógrada e estanque dentro de seus próprios princípios.

Todavia, ainda resta o constante desafio de aprofundar a contextualização do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de cada escola/curso, uma vez que visões idealizadas são representadas no âmbito das discussões dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, as quais acolhem interesses e proposições identificadas nos sistemas de saúde locais e regionais. Neles as proposições poderão adquirir consistência histórica, suficiente para mostrar o seu potencial transformador, desde que os princípios e estratégias pedagógicas busquem a articulação ensino-serviço comunidade, ou ensino-assistência-pesquisa, sejam tomados como caminhos possíveis para integrar as dimensões teoria/prática, técnica/política, prática social/profissão.

No momento social, em que nas discussões sobre a formação do Enfermeiro surge a questão de como promover a ultrapassagem do modelo de racionalidade técnica até então dominante, para um modelo de formação emancipadora, talvez seja pertinente que cada uma das áreas do conhecimento que contribuem para a formação, proceda a uma espécie de autoanálise, visando identificar potenciais e limites relacionados a este fim. De modo alienado, já se faz algo coletivamente hoje, fato esse que é a tônica presente de nossas colaboradoras, que constantemente em suas ações conseguem se colocar dentro dos limites de suas possibilidades, de forma emancipada perante o cuidar.

Muito embora se saiba que a formação inicial não produz o profissional completo, mas detém importante papel no processo de formação, como pode se observar nos excertos apresentados a seguir, relacionados à dimensão do ensino teórico-prático comparando as instituições privada e pública:

Não vejo diferença entre os alunos que cursam enfermagem na atualidade dos que cursaram quando comecei a dar aulas. Não acho que é uma questão de tempo, por um lado o que vejo assim, são diferentes características das diferentes instituições de ensino em que trabalhei. Sempre me preocupei muito com a qualidade da aula que eu dou. Claro que mudou e melhorou, porque eu fui estudando, fui investindo, mas tanto faz se eu estava lá naquela universidade privada ou aqui; a minha responsabilidade era a mesma, porque a idéia era que eu deveria pôr o dedo na história da formação do trabalhador de saúde, fui dar aula por conta disso. Então noto uma diferença muito grande de Enfermeiros formados em escolas privadas daquela época, com os formados nas de agora. Eu vejo, por exemplo, a inserção dos alunos de M., encontro em outros lugares, enfim mesmo nas unidades básicas de saúde, nos cursos de pós graduação, às vezes encontro Enfermeiros de outros cursos, é muito diferente a postura profissional, a possibilidade de formação técnica; isso sim, noto muita diferença com essa multiplicação exponencial de faculdades de enfermagem privadas, que vendem o sonho do diploma universitário (Cristal).

Por outro lado, a fala de Turqueza evidenciou que:

Na formação, ultimamente a gente tem recebido os alunos muito despreparados, e assim, eles não percebem o valor que tem o conhecimento que a gente transmite para eles, que a gente de qualquer forma, tenta que eles busquem também esse conhecimento, eles não entendem o valor daquilo no momento, pode ser que depois eles entendam, mas no momento eles não entendem. Então, para mim é mais gratificante eu trabalhar na assistência do que na formação do aluno (...)

(Turquesa)

Sob este aspecto, pode-se dizer que não existe diferença na perspectiva dos egressos de enfermagem tanto das instituições públicas como privadas, esses alunos mais despreparados que chegam, hoje, também são fruto de um processo social. Desta forma, percebe-se que a graduação nas instituições de ensino, sobretudo as particulares, que se expandiu em resposta às pressões da demanda por ensino superior, estimuladas pelo capital, com a penetração do setor privado, ao contrário das instituições de ensino públicas.

Dessa forma, o que se nota é que as políticas públicas que fundamentaram a expansão da educação partiram da premissa de que a realização da pós-graduação traria o aperfeiçoamento automático da graduação, o que certamente contribuiu para melhorar a titulação dos docentes que atuam no ensino superior, mais como uma medida para atender as exigências legais. Todavia, não ocorreu da mesma forma conforme o imaginado a elevação da qualidade da formação dos alunos de graduação, tanto das escolas públicas como privadas.

Nessa perspectiva, a formação em Enfermagem, além de garantir o conhecimento essencial a uma prática terapêutica, seja no âmbito da graduação ou na pós-graduação, promove capacidades intelectuais e as competências para a investigação, avaliação crítica do exercício profissional e dos planos de ação política, para que o processo formativo possibilite a formação em que o sujeito possa de fato compreender qual é o cerne de suas ações; o que faz a sua ação ser única, diferente e necessária dentre as outras treze profissões reconhecidas da área saúde, buscando desse modo a emancipação para a construção de sua autonomia profissional.

A ideia do trabalhador adestrado, disciplinado, tem nos cenários das práticas da saúde, um poderoso aliado, chamado tecnologia organizacional, produzido a partir da fragmentação e parcelarização de tarefas, com ações mecanizadas, que se revestem encobertas num discurso totalmente falacioso de competências gerenciais e organizacionais, postas como um controle social, que invariavelmente acentuam a alienação e por fim acabam por desqualificar o próprio trabalhador. Nossas entrevistadas apresentam algumas facetas dessa realidade nos excertos a seguir:

O que mais me desanimou ao aprofundar as matérias práticas do curso, eu acho que a falta de autonomia para começar, eu sentia que a hierarquia sobre a Enfermeira, o Médico mandava no Enfermeiro, sendo que a gente vê na verdade que não deve ser assim, porque é uma classe, a gente tem tanta responsabilidade, tanto autonomia quanto eles, assim como o nosso, nós não nos envolvemos na parte médica, a gente não fica criticando o que deve ser feito e, como deve ser feito, essa parte que eles querem mandar na nossa classe e, dizer como tem que ser feito, foi que o que mais me incomodou, na verdade na prática acho que era isso mesmo.

(Madrepérola)

(...) no treinamento com a família de paciente acamado, que faz uso de sonda nasoenteral, a gente treina a família e, se o Médico chegar e, falar: Esse paciente está de alta. Eu vou falar: Não vai embora.

Paciente acamado, que faz uso sonda nasoenteral, eu não consigo dar todas as informações para esta família, de como dar um banho no leito, como cuidar da

sonda nasoenteral e, preparar a dieta enteral em três horas. Não vai, vai amanhã.

(Ametista)

(...) Às vezes o clínico, ele não sabe tocar parada; tem alguns Médicos que eles sabem que eles não sabem e que a gente sabe. Então, o que eles fazem: “Pessoal e aí? E agora? Vamos.” O que, que eu fazia? Eu tomava a frente e, falava: “Então fulano faz a massagem. Vamos pegar a veia. Podemos fazer uma adrenalina agora?”

“É boa ideia, pode fazer!” “Estou preparando aqui o material para entubar, você quer que a gente chame o cirurgião para entubar, para ajudar aqui?” “Ah, é bom!” Entendeu? Então a gente ia levando desse jeito, porque a gente tem que salvar o doente, a gente não pode ficar brigando em cima do doente, certo? (Turquesa)

Nas narrativas descritas acima ficou evidenciado como Madrepérola, Ametista e Turquesa pensam sobre sua responsabilidade com o cuidado, independente do posicionamento de outros profissionais da saúde, diante da questão, elas procuram cada uma de seu modo, exercer a sua autonomia no cuidar, são nítidos exemplos de como a vida pulsa, como está presente a “fagulha libertadora do humano”, a despeito dos processos de formação e trabalho revestido de submissão e adaptação.

O conceito de autonomia apresentado baseia-se em partes no que foi postulado por RORHS (2006, p. 128), que determinou os seguintes indicadores do grau de autonomia profissional: a inserção em atividades como profissional liberal, em cargos de direção e, em outras em que seja explicitado o poder decisório sobre suas atividades clínicas/assistenciais. Acresce-se, também, a esses indicadores, que as atividades desenvolvidas que são inerentes à profissão e, à sua formação de maneira autônoma, que venha complementar, somar com o trabalho da equipe multiprofissional e, não o simples seguimento de normas e rotinas burocratizadas, aguardando o simples direcionamento para realizar as atividades de cuidado que lhe são inerentes de forma submissa, apática e até mesmo com uma postura passiva, totalmente desprovido da crítica sobre a abrangência de sua atuação dentro dos processos saúde-doença, como se os seus conhecimentos não tivessem nenhuma validade a não ser pela tutela, aprovação e até mesmo indicação de outro profissional, que contraditoriamente não participou em nada de seu processo formativo, ou não vivencia do mesmo modo a sua prática, que não estudou devidamente a sua profissão, pois não lhe era inerente e, que talvez possa até ter uma vaga noção, mas na verdade desconhece todos os caminhos do que venha a ser o seu exercício profissional. Isso pode ser pensado e explicado apenas na vertente de uma prática pseudoformada de trabalho, permeada pela consciência alienada, adaptada, fato esse que nossas narradoras não aceitam, e procuram dar um sentido a suas ações diferente desse.

Contudo, o que não pode se perder de vista, é que se tal objeto, ao portar algum traço característico que o faz distinguir-se dos demais, permite ao sujeito alguma forma de intervenção na sociedade, fazendo crer que a hegemonia da indústria sobre a cultura não seja tão determinante, a ilusão cai por terra quando as particularidades produzidas nada mais são do que mercadorias que podem ser trocadas e que cobram seus dividendos na consolidação da sua pseudo-individualidade. Dessa forma, a pseudo-individualidade nada mais é do que o resultado de um processo social que tem como principal característica a universalização do princípio da lógica da mercadoria tanto na dimensão objetiva, quanto na subjetiva, suprimindo a capacidade de emancipação do indivíduo. (ZUIN, 1999, p. 71)

Entretanto, de forma a se complementarem, as necessidades do cuidado direto, do atendimento as necessidades humanas básicas, bem como a gestão para o cuidado nas unidades de saúde, se não forem realizadas corretamente, podem afetar diretamente o desenvolvimento das atividades dos outros profissionais da equipe multiprofissional da saúde, impedindo dessa forma a atuação de todos os profissionais, com o não estabelecimento do cuidado da forma que se é esperado.

De acordo com Adorno:

A diferença sempre crescente entre o poder e a impotência social nega aos impotentes – e tendencialmente aos poderosos – os pressupostos reais para a autonomia que o conceito de formação cultural ideologicamente conserva. Justamente por isso se aproximam mutuamente as consciências das diferentes classes. (ADORNO, 1966, s/p.)

A formação e não a pseudoformação instalada, poderá ser utilizada como poderoso instrumento contra a cultura da barbárie em saúde, de modo a combater os impulsos de destruição existentes em sociedades com alto grau de desenvolvimento tecnológico como a nossa, podemos exemplificar essa tendência destrutiva ao colocar a questão das prioridades que podem acabar sendo impostas aos usuários dos serviços de saúde pelo forte peso e manipulação da indústria farmacêutica, ou o uso e aperfeiçoamento das tecnologias voltadas cada vez mais para a esfera do setor privado.

Nesse sentido, Marcuse (2001, p. 95), apresenta que:

O imponente e generoso apoio financeiro desfrutado hoje pelas ciências naturais não é apoio somente para pesquisa e desenvolvimento no interesse da humanidade, mas também no interesse oposto. Como essa fusão de opostos não pode ser resolvida nos marcos do sistema social existentes, talvez se possa conseguir um progresso mediante uma política de discriminação no que se refere aos apoios e prioridades.

A superação do modelo de racionalidade técnica exige o reconhecimento do profissional como sujeito, valorizando saberes de sua experiência e propiciando-lhe maior autonomia, como a referida no excerto a seguir:

Algumas coisas também exageram, mas acaba recaindo, parece que você tem que deixar tudo organizado, lindo, funcionando, que tudo é responsabilidade sua, me parece assim em algumas situações. Apesar disto, consigo espaço para exercer a minha autonomia no cuidar, a gente vê direto, vê aquele cuidado, vê o que precisa para aquele paciente e, planeja algumas coisas, você tem que ter uma hora, que você tem que parar, eu falo assim, às vezes de você deve sair andando... (Ametista).

Ametista evidencia a consciência das consequências irracionais dessa racionalidade técnica que, potencialmente, possui a condição do exercício da verdadeira emancipação do reino das necessidades, sendo que dentro dessa tensa relação entre a produção da ciência tanto para o bem quanto para o mal, que se origina o conceito de formação, ou pseudoformação, onde a intervenção nos processos de trabalho necessita de momentos de distanciamentos e aproximações da realidade que se transforma e é transformada por essa racionalidade instrumental.

De acordo com Adorno:

De um certo modo a emancipação significa o mesmo que conscientização, racionalidade. A educação seria impotente e ideológica se ignorasse o objetivo de adaptação e não preparasse os homens para se orientarem no mundo. Porém, ela seria igualmente questionável se ficasse nisto, produzindo nada além do *wel adjusted people*, pessoas bem ajustadas, em consequência de que a situação existente se impõe precisamente no que tem de pior. (ADORNO, 1997, p.143)

Não raramente as decisões são tomadas *a priori* por aqueles que planejam, desconsiderando as ações voltadas à realidade, deixando de lado os processos que permitam a emancipação, como nos exemplos dados por Madrepérola e Ametista, que estão tentando encontrar seu *locus* do cuidar, perante a equipe multiprofissional. Contudo, Turqueza revelou possibilidades de atuação sem ter sua subjetividade negada e, sobretudo de forma a proteger as necessidades de saúde da população.

Nesse sentido Marcuse nos apresenta que:

Em outras palavras, o trabalho, que se torna a própria vida, é trabalho alienado. Ele deve ser definido como um trabalho que impede os indivíduos de realizarem suas capacidades e necessidades humanas e, quando permite alguma satisfação, está é passageira ou vem depois do trabalho. Isto significa que segundo a ordem de valores do conceito de progresso essencial ao desenvolvimento da sociedade industrial, satisfação, realização, paz e felicidade não são fins, não são certamente os valores mais altos e caso sejam reconhecidos surgem e permanecem como subordinados. (MARCUSE, 2001, p. 103)

A crítica apresentada ao que seria a pseudoformação, essa formação que é produzida a partir de uma determinada forma social de trabalho no capital. A educação, tanto no seu sentido mais genérico de formação humana, quanto nas suas particularidades como formação profissional, não fica imune às deformações produzidas pelo capital. Sob a égide capitalista, o sentido hegemônico da aliança trabalho/formação profissional, em consequência leva à educação formar profissionais disciplinados, dedicados ao trabalho e, portanto produtivos e úteis para o capital.

Nossas entrevistadas forneceram mais exemplos interessantes de posturas assumidas, da vida pulsando, perante essa realidade, de como superar essa condição de alienação nos processos de trabalho:

Porque tem supervisoras que são madrastas, não são supervisoras; elas não entendem, não gostam e, mandam a gente fazer qualquer besteira, então aí a gente não respeita. Mas, se uma pessoa, que tem um bom conhecimento, que sabe a dinâmica do serviço, que realmente sabe tratar com o funcionário, tem jogo de cintura, ela está no lugar certo, ela não está na assistência, porque ela não quer ter contato direto com o paciente, ela está na supervisão, está cuidando da gente e, cuidando do que a gente precisa para cuidar do paciente, olha só! (Turqueza)

A equipe eu acho que é isso, é união, é confiança, tem que ter isso, não tem jeito, você sabe com quem você está lidando, sabe qual vai ser o resultado daquilo que está sendo feito, então se acontecer alguma coisa, você já tem uma previsão disso, você sabe o que está acontecendo, o que pode acontecer. Porque, quando você não tem uma supervisão, não tem uma interação, provavelmente vai acontecer isso, vai acontecer alguma coisa e, você não sabe nem porque, da onde está vindo, nem porque está sendo feito. (Madrepérola)

Tanto Turqueza, como Madrepérola, reforçaram a necessidade do trabalho em equipe, do relacionamento interpessoal, para superar a fragmentação e alienação do trabalho. Além da superação da alienação no trabalho, as narrativas apresentaram posturas que fornecem elementos para pensar a formação, numa perspectiva emancipatória:

(...) Você dilui por um lado a sua especificidade, na construção de um projeto, mas daí você volta e usa o teu instrumento específico para operacionalizar aquele projeto, mas no conjunto da equipe.

Então eu me compus como Enfermeira sempre nesta interface, da utilização do meu instrumento específico, mas sempre construindo com outros conhecimentos, eu nunca usei, por exemplo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, nunca estudei Teorias de Enfermagem... (Cristal)

(...) Agora que estou do outro lado, tento fazer a mesma coisa, do que eu aprendi com elas [Enfermeiras do campo de estágio] ...

Eu tento fazer como faziam comigo, porque eu acho que foi uma fórmula que deu certo, penso assim:

Se comigo funcionou, eu creio que com outras pessoas pode funcionar também. (Ametista)

Cristal nos leva a pensar sobre a importância da apropriação de seu instrumento específico de trabalho, não como estratégia de diferenciação, mas como forma de somar com o trabalho da equipe multiprofissional, no que tange a sua especificidade; já Ametista sinalizou como a aprendizagem em serviço contribuiu com o cuidar, ambas indicaram a necessidade de outros elementos para somar na formação.

Marcuse aponta que:

Em última análise, a questão sobre quais necessidades devam ser falsas ou verdadeiras só pode ser respondida pelos próprios indivíduos, mas apenas em última análise; isto é, se e quando eles estiverem livres para dar a sua própria resposta. Enquanto eles forem mantidos incapazes de ser autônomos, enquanto forem doutrinados e manipulados (até seus próprios instintos), a resposta que derem a essa questão não poderá ser tomada por sua. (MARCUSE, 1967, p. 27).

Todavia, o próprio autor apresenta as possibilidades de superação dessa situação:

Quanto mais racional, produtiva, técnica e total se torna a administração repressiva da sociedade, tanto mais inimagináveis se tornam os modos e meios pelos quais os indivíduos administrados poderão romper sua servidão e conquistar sua própria libertação.

(...) Toda libertação depende da consciência da servidão e o surgimento dessa consciência é sempre impedido pela predominância de necessidades e satisfações que se tornaram, em grande proporção, do próprio indivíduo. O processo substitui sempre um sistema de pré-condicionamento por outro; o objetivo ótimo é a substituição das falsas necessidades por outras verdadeiras, o abandono da satisfação repressiva. (MARCUSE, 1967, p. 28).

Nossas colaboradoras evidenciaram que dentro dos próprios espaços de contradições gerados pelo sistema capitalista, existem lacunas de escape da lógica da alienação. Suas narrativas nos leva a pensar como ocorrem os processos de formação nas instituições que a princípio deveriam ser voltadas para as necessidades sociais, como educação e saúde, quando elas se colocam na permanente busca em desenvolver suas ações fugindo da lógica da dominação, da adaptação, da perpetuação da barbárie, de modo a possibilitar a não simples adaptação ao existente, mas que permitam pensar da forma como os mundos do trabalho, da educação e saúde foram se encontrando, de maneira difícil e contraditória, que

em seu cotidiano de trabalho ele sofre a pressão e, ao mesmo tempo a influência, pressão essa que por sua vez é constatada, elaborada, ou apenas intuída nessas determinações e encontros que se tornam contraditórios. Na constatação de que o trabalho em saúde é mais uma forma de mediação na produção da existência humana (degradada ou digna), que não é uma mercadoria e, o trabalhador não é apenas um simples recurso, ele realiza e simultaneamente recebe esse mesmo processo, assim, a vida pulsa, mesmo quando negada.

O trabalho voltado para a produção de vidas dignas, leva-nos a pensar sobre como se estabelecem as relações sociais de produção e formação. Neste aspecto, Madrepérola, evidenciou tal discurso na descrição de sua fala:

Dentro das várias dimensões do trabalho do Enfermeiro, eu acho que, recentemente, a parte assistencial está sendo cada vez menos privilegiada, menos assim do Enfermeiro, é algo que está ficando cada vez menor, quanto mais ele puder passar, realmente para o cuidado do Técnico e Auxiliar de Enfermagem ele passa, para ficar mais com a parte burocrática, administrativa, do que assistencial. A faculdade ultimamente, já está mais norteando mais para a parte administrativa, a gente já sai com mais ênfase nisso, todos os estágios a gente ficava ali praticamente na SAE e, assim, a gente fazia os cuidados mais no início para a gente aprender, a gente vai ter que treinar e, precisa saber fazer para ensinar, mais já o ensino já está trazendo a gente mais para área administrativa mesmo. Claro que existem cuidados específicos do Enfermeiro, pacientes mais críticos, que eu tenho visto assim, que até isso ele está tentando deixar mais para o lado do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem.

Nesse aspecto, Ametista também argumentou que:

Sobre as dimensões do cuidar, acho que tem alguns que privilegiam uma parte e, diferenciam outra e, vice-versa, relacionada à assistência e o gerenciamento. Vejo que tem Enfermeiros que gostam mais de atuar direto, outros já não. Já vi alguns que só vai e examina o paciente para fazer a evolução dele, acabou, fez a evolução só vai lá se realmente acontecer alguma coisa. Não tem aquela paciência de conversar, de ver se o paciente tem alguma questão psicológica envolvida, eu acho que pode ser pessoal, mas pode ser às vezes da instituição, porque têm algumas instituições que cobram muito certas coisas gerenciais, os indicadores, a organização da unidade.

Os relatos de Madrepérola e Ametista nos levam à percepção de que elas acreditam ser importante a Enfermeira exercer cuidados diretos na assistência, principalmente para pacientes críticos e cuidados especiais. Todavia, apontaram que na atualidade existe a predominância do distanciamento da Enfermeira no cuidar direto, justificando essa atitude como parte do próprio processo formativo, demandas gerenciais das instituições, ou

mesmo, até escolhas pessoais. Nessa perspectiva de atuação, não estaria a SAE, sendo implantada na vertente da taylorização da assistência, de modo a negar a vida que pulsa na enfermagem? Ou a normatização da realização de alguns cuidados específicos a serem realizados exclusivamente pelo Enfermeiro, ainda a despeito de serem mais uma “norma” imposta de fora para a execução de quem está na assistência, não seria uma possibilidade de fuga da pseudoformação, dentro do próprio processo, constituindo-se como uma “fagulha libertadora do humano” nos processos de cuidar?

Aqui, corrobora-se com a ideia de Fernandes *et al.* (2005, p. 443) o qual refere que há situações que mostraram que o ensino de graduação tem dificuldades para adequar-se às exigências do mercado de trabalho, tais como: o ensino focar-se em conteúdos ideais, que não encontram correspondência na prática assistencial, ou a exigência do cumprimento do saber técnico, de forma até rígida, durante a graduação e que nem sempre é possível de ser seguido na vida profissional, além da escola preparar a Enfermeira para prestar assistência e o mercado esperar dele administração e gerência. A organização curricular ainda se baseia em sólida base de disciplinas biomédicas, onde invariavelmente o domínio teórico é a condição apresentada para o início da formação e, a prática nos diversos cenários de estágio, consiste em uma simples devolutiva a essas teorias, essa forma de ensino torna-se inviável, na medida em que os cenários das práticas não seguem linearmente o roteiro padronizado do livro, ou seja, no roteiro das escolas prevalece um outro contexto. Conforme explicitado nos excertos a seguir:

(...) a docente que acompanhava este estágio curricular, era a minha orientadora de iniciação científica e, de monografia, ela apareceu no último dia, só o da avaliação. A partir do quarto ano, quem está mais atuante são as Enfermeiras do setor mesmo, não são as docentes, porque elas mesmas falam: *Elas que estão lá, sabem muito mais para passar para vocês agora do que a gente, porque eu estou fora da assistência, estou fora de hospital, há dez, quinze anos, com certeza elas têm muito mais a passar para vocês neste momento do que a gente.* Isto eu ouvi de docente, acho elas devem confiar no trabalho das Enfermeiras do HU e, acabam passando a responsabilidade para elas, percebi que a responsabilidade lá é da Enfermeira do setor, de te acompanhar, de ver, de ensinar várias coisas e, elas só chegam lá: *E aí foi tudo bem? Acabou, elas não estão muito ligadas nesta parte de acompanhar o aluno em estágio.* (Ametista)

Quanto ao perfil dos profissionais que estão cuidando, assim, se a gente for separar por local assim, existem lugares que eu presenciei que a Enfermeira sabia, a equipe sabia, mais por comodismo às vezes atuava de qualquer forma, porque não tem uma fiscalização, isso assim, é independente para eles; mas tem muito profissional bem formado, eu acho que vai muito de cada um, assim como tinha uns que a gente sabe que às vezes, até a gente que está estudando e, pesquisa um pouco por interesse próprio, não batia as idéias de conhecimento teórico, mas é claro que a gente não se envolve.

Nas instituições em que percebi um tipo de cuidado mais adequado, eu acho que essa questão da supervisão, geralmente assim, é serviço público, eu acho que é um pouco mais tranquilo, assim, eles não ligam e tudo...

(Madrepérola)

Às vezes o docente que está lá não tem condição nenhuma de fazer diferente, porque tem um peso institucional, e a finalidade da instituição é receber o boleto no final do mês. Então, tem que ter um número grande de alunos, especialmente nos primeiros anos, porque é quanto se ganha porque nos últimos anos tem que pagar mais professores para supervisionar estágios; onde mais se ganha é nos primeiros anos porque o investimento é baixo com os docentes. Depois, se os estudantes desistirem, tudo bem, ótimo, melhor ainda por que os lucros já saíram nos primeiros anos do curso; nos últimos anos a faculdade gasta mais, mas já ganhou bastante. Esta lógica me irrita, tenho vontade de sair gritando, falar isso no jornal nacional.

(...) (Cristal)

Não estou mais acompanhando estágio, não dá mais tempo (e não sinto falta), no estágio, eu estou mais lá como observadora, eu não estou lá, a gente não está na instituição, está na instituição não fazendo parte dela, então a gente não pode tomar atitudes, a gente não pode tomar condutas, porque a gente não faz parte do quadro de pessoas do hospital, então a gente está como observador, então a gente vai ao aluno, ensina o aluno a fazer o procedimento, vai preencher os papéis, vai conhecer o paciente, exame físico, vai pesquisar a doença, vai ver que exame fez, entre outras atividades. Mas a gente não pode interferir no andamento do lugar, a gente não pode adiantar, acelerar processos, que a gente vê que em alguns lugares são muitos morosos, às vezes a gente percebe que o tratamento do paciente está pendendo para um lado, que não é aquele que a gente percebeu, trata-se de uma outra coisa, que poderia ser pesquisado, que a gente ia encontrar outro resultado. Então a gente não pode interferir, então é assim, a gente fica muito na da gente, tem que ficar muito na da gente, fazer a parte acadêmica no local, a gente não pode misturar a parte assistencial com a acadêmica, então a gente tem que andar conforme a norma, e a rotina do lugar. (Turquesa)

De acordo com RORHS (2006, p. 129), corroborando com os excertos acima, a Enfermeira tem baixa autonomia nas equipes, principalmente no trabalho hospitalar, mesmo que tenha todos os indícios científicos de que as decisões tomadas, não são as mais viáveis para promover a melhoria do estado de saúde do usuário. Sendo que o trabalho na saúde coletiva possibilita uma maior autonomia nos processos decisórios sobre as necessidades de saúde dos usuários. Fato esse que pode perpassar toda a formação, tornando-a cheia

de contradições entre o que se estuda em plano teórico e, o que se vivencia em campo prático, são realidades distintas, diferentes e, até mesmo difíceis de serem articuladas. Essa pesquisa não tem indícios suficientes para afirmar, mas fica a dúvida se em campo de aprendizagem prática, com esses modelos diversos, não se ocorra uma pseudoformação, como evidenciada pela formatação dos alunos do último ano, devido às imposições das questões biomédicas, ou institucionais, evidenciadas na fala de Cristal, indo na contramão dos objetivos do ensino.

Ou até mesmo se as dinâmicas institucionais de supervisão de estágio são as mais apropriadas para a formação, evidenciada na fala de Ametista, a docente da teoria se aparta quase que totalmente do processo formativo, colocando a responsabilidade para a Enfermeira da instituição, passando no último dia apenas para realizar a avaliação, ou mesmo o relato apresentado por Turqueza que prefere não acompanhar estágios, pela impotência perante decisões institucionais que não considera serem as mais viáveis de serem realizadas para o bem-estar dos usuários dos serviços de saúde, tendo que se adaptar as contingências dos campos de estágios, para não causar *confusão*, sem contribuir de forma mais efetiva nos serviços de saúde quando os estágios se inserem, negando seu potencial de atuação.

O bom cuidador nada mais é do que o reflexo de um bom aprendiz, seja este aluno ou professor. Professor não é somente o indivíduo que ensina, mas o que mutuamente aprende de forma crítica durante a sua docência e sua *práxis* pedagógica. Pode-se entender que a emancipação é um processo em que se integram atitudes e capacidades nos métodos de investigação e intervenção na realidade. Com isto, estimula-se os cursos/escolas/instituições de saúde a se perceberem nesse processo e a reverem suas decisões pedagógicas à luz de um novo paradigma para a formação/capacitação do profissional de saúde.

Dessa forma, os processos formativos não são estáticos, e sim dinâmicos que tem sua parcela de construção individual e coletiva, onde as relações sociais podem ter um importante papel e, nessa perspectiva de construção tanto individual como coletiva, nada está acabado e, sim em constante construção, em espaços de construção diferentes e, sobretudo com contribuições diferentes. Todavia, no plano das relações de trabalho e educação, conceitos até então expressivos dessa relação no campo teórico e prático, dão lugar a outros conceitos de significação instrumental e utilitária. Exemplo desse fenômeno é o deslocamento conceitual do conceito de formação para competências, totalmente voltado para o conceito de empregabilidade, vazio de significação concreta.

Este processo está totalmente isento à crítica às relações de trabalho, que permanecem inalteradas, com a proposta real de aumento da produtividade e, cada vez mais se estabelece a desvalorização do trabalhador, com a conseqüente negação da sua subjetividade.

Por outro lado, a fala de Ametista nos leva a pensar sobre a questão da emancipação, quando esta relata que:

...o Enfermeiro pensa nas questões políticas que envolvem todas as decisões da área da saúde, ele pensa o porquê, mas, não tem a respostas, eu, por exemplo, não tenho, não sei te dizer, eu tive a experiência do HU e do hospital São Paulo que é da UNIFESP. Vivenciei realidades tão discrepantes entre um e outro, me incomodou muito quando fui para o hospital São Paulo, de ver a falta de material, a falta de recursos, é gritante a diferença.

(...) Não me recordo dessas questões terem sido discutidas comigo na minha graduação, pode até ter sido nas aulas de Saúde Coletiva, com as professoras, mas falar o porquê de um lugar ser diferente do outro, não me recordo, acho que não teve, se foi em alguma aula, devo ter dormido, eu não lembro. (Ametista)

Na mesma direção Madrepérola colocou que:

Eu acho que os Enfermeiros não se interessam pelas questões políticas da área da saúde, pelo fato realmente de não ser muito focado mesmo, acho que não relaciona tanto hoje em dia, essa parte política com o cuidado.

Então, assim, realmente é um pouco separado, é uma aula que não traz tanto incentivo, que não traz tanta a atuação para a gente que é Enfermeiro, eu acho que isso faz a diferença, que isso incentiva e influi um pouco, essa parte vira mesmo só uma burocracia, é uma coisa que não vai ser utilizada para nada. (Madrepérola)

Enquanto Ametista e Madrepérola parecem não estabelecer de forma clara as relações macrossociais que interferem diretamente nas ações desenvolvidas dentro do processo saúde-doença, como parte de sua pseudoformação; Cristal nos remete a pensar essa articulação e, apontou a necessidade da constante busca de conhecimentos científicos, como forma de superação da consciência alienada, subsidiando a ação profissional emancipada:

Mas, para mim tinha esse incentivo de entender o porquê as pessoas surtam, o que acontece, mas estava bastante voltado ao sujeito e a família, eu não conseguia por mais que eu lesse e soubesse da Reforma Psiquiátrica, que veio por dentro da Reforma Sanitária, mas eu não conseguia entender, como fazer?

Tinha a psiquiatria comunitária, mas como eu podia articular? Bom, é fazer a Saúde Mental, é atender o cara no grupo, na consulta, lá na UBS, mas eu nunca conseguia articular o que isso tinha a ver com as formas de viver. O que tem a ver com os determinantes sociais? Nunca conseguia fazer a articulação porque eu não tinha esse referencial teórico. Então, quando eu vim para a Saúde Coletiva me acomodou muito isso. Fui ler Joel Birman, que faz esta articulação e, aí, pronto, me encantei pelo referencial da Saúde Coletiva e, no

doutorado eu já abri mão. (Cristal)

E para encerrar essa discussão sobre a emancipação para o exercício da autonomia na formação e no trabalho em saúde, apresentamos esse excerto que pode servir como reflexão para pensar a superação da consciência alienada:

Então cada um ocupa um espaço, tem um espaço para cada um ocupar, é só ele encontrar o caminho dele. Então, tem espaço para todo mundo, eu acho? (Turqueza)

5. Considerações Finais

O homem se liberta de sua situação de sujeito à finalidade de tudo aprendendo a criar finalidade, a organizar um todo “finalizado” que ele julga e avalia. O homem supera a escravização organizando conscientemente a finalidade.

(Marcuse)

As transformações dos modelos assistenciais em saúde, a incorporação tecnológica e as mudanças relacionadas com os aspectos epidemiológicos e demográficos da organização dos cuidados, na sociedade contemporânea nos fazem questionar a pertinência dos processos educativos, frente às reais necessidades de saúde da população. As mudanças no mundo do trabalho podem apresentar reflexos significativos no processo ensino-aprendizagem. Nessa perspectiva, o sentido do trabalho e da formação do profissional de saúde precisa ser re-significado, enquanto trabalho social complexo.

Ressaltamos que a formação não fica à margem desse contexto imposto pelo capital e está intimamente correlacionada com as possibilidades de acesso dos trabalhadores ao sistema educativo, que delinea a formação profissional. Na medida em que se consolida o trabalho precarizado na saúde, esse sistema acaba se tornando pouco ágil em dar respostas às necessidades de saúde da população, com o agravante da pressão imposta para que esse trabalhador se adapte às diversas alterações trazidas pelas tecnologias e constantes mudanças - condições essas que em nada propiciam o desenvolvimento de uma prática profissional crítica, emancipada e autônoma, com o tempo necessário para a devida avaliação da situação instalada perante as atividades que exerce.

Assim, este estudo que objetivou analisar como ocorre a relação entre a formação e as exigências de atuação profissional do Enfermeiro, tendo em vista as estruturas macrossociais determinantes do processo saúde-doença; descrever como os professoras de enfermagem Enfermeiras compreendem a construção do processo formativo e a possibilidade do desenvolvimento do exercício da autonomia no cuidar e, identificar se existe a possibilidade de escapar, contestar, desconstruir, no projeto formativo, a onipresente hegemonia do capitalismo e da sua universalidade técnico-científica consumista na área da

saúde.

A primeira hipótese levantada foi sobre a formação do Enfermeiro, no contexto do sistema socioeconômico e cultural vigente, que tem assumido uma conotação de pseudoformação, fragmentada, unidimensional, mais focada no binômio saúde-doença, privilegiando os aspectos técnico-científicos, desarticulada das necessidades, da realidade global na qual os egressos dos cursos de enfermagem vão estar inseridos.

Nesse sentido, podemos concluir, que a inserção e reconhecimento social do Enfermeiro está intrinsecamente articulada às competências técnico-científicas desenvolvidas durante sua formação está fortemente associada, apesar de todos os avanços e conquistas profissionais às tarefas técnicas, como subordinado à área biomédica - relacionando a atuação profissional como mão-de-obra barata, o que desqualifica a profissão.

O reconhecimento profissional parece que construiu-se a partir das atitudes individuais que formam o coletivo e que podem refletir na ampliação de um tipo de participação social, na ocupação de espaços que dêem margem e reconhecimento à enfermagem como protagonista de um novo saber e de um novo fazer, em consonância com as necessidade de saúde da população. Essa falta de reconhecimento social que faz o imaginário da população acreditar que qualquer elemento da equipe de enfermagem que vestir branco é Enfermeiro, sem nenhuma diferenciação, é um marco imponente nas instituições de saúde. Isso, em parte, tem explicação nas origens da assistência prestada, pautada exclusivamente no modelo biomédico, em que a cultura da cura constitui-se ainda o foco principal de ação, senão único em alguns locais, como modelo de atenção em saúde.

Por este motivo, podemos nos deparar com uma assistência prestada em função do diagnóstico médico de corpos doentes, mesmo que muito se tenha discutido sobre a importância do trabalho interdisciplinar da equipe de saúde para a constituição de um modelo centrado no ser humano, a fim de nortear o planejamento e a execução das ações de saúde. Nesse sentido, Roggero (2010, p. 224), ao abordar a técnica e a ciência na cultura afirmativa, nos fornece subsídios de análise:

É certo que muitos indivíduos mal percebem esse fato [referindo-se a técnica, que mantém a aparência de ciência e evolução, promete a liberdade, mas mantém o homem aprisionado de forma cada vez mais complexa e sofisticada], porque estão alienados do produto do seu trabalho e até mesmo da capacidade de pensar sobre a alienação por meio do que é produzido em sua pseudoformação. Incorporaram a idéia de dominação como natural, reproduzindo-a em todas as suas contradições. O acesso a ciência e a técnica não foi franqueado a todos e esse impedimento é pelo menos um dos fatores que mantém a dominação. Desatar o nó exige consciência, mas esta é ideologicamente manipulada – ainda que a consciência negada seja como a vida simulada que esconde a fagulha libertadora da vida verdadeira, consciência plena.

Nessa perspectiva, o trabalho do Enfermeiro se torna meramente auxiliar, com uma formação voltada para a adaptação a compreender as manifestações clínicas, com o objetivo de tratar a doença, da qual o Médico é o único protagonista, sem se soltar das amarras imperceptíveis da dominação postas nesse trabalho alienante, já que não tem a consciência do processo de dominação que, sutilmente, não é imposto somente a ele, mas a todos que estão envolvidos nessa forma de cuidar das necessidades de saúde da população. Mesmo após a Declaração de Alma Ata, na qual o conceito de saúde tentou ultrapassar os limites do corpo físico e, passou a considerar também o contexto social, ambiental, político e econômico dos sujeitos, a assistência em saúde continua ainda voltada às manifestações clínicas. Assim, a atuação da enfermagem acaba por apenas oferecer sustentação às práticas médicas, constituindo-se de um trabalho complementar e, consequentemente sendo dessa forma reconhecido na sociedade.

Atrelam-se a esse fato as questões sobre como ocorre o processo formativo, em que infelizmente, o que se observa em nossa realidade é a supremacia da atuação institucionalizada, burocratizada e normatizadora, cuja origem nos primórdios do ensino de enfermagem, norteador por uma visão impregnada de submissão e docilidade permanece, causando uma delimitação das possibilidades de atuação profissional, ao simplesmente seguir regras sem proceder sua análise, em detrimento do estímulo à atuação criativa para o aperfeiçoamento profissional. Esse fato institui uma deficiência presente desde a formação, que limita a enfermagem a discussões fechadas em seu grupo profissional, sem o devido compartilhamento na equipe multiprofissional.

Dessa forma, ela continua a ser desconhecida na riqueza das variadas visões e ações sobre as práticas de saúde que pode exercer. Talvez, nesse fato se assentem as raízes levantadas pelas narradoras em nosso estudo quanto a formação do Enfermeiro estar cada vez mais se afastando das atividades do cuidar, se revestindo de um caráter meramente burocrático, perpetuando, inconscientemente, a sua própria dominação, na dominação social.

Quanto à segunda hipótese, sobre se a construção de uma formação anti-hegemônica e anti-consumista se faz possível, suscitando uma postura crítica frente à situação socioeconômica, política e cultural em que se realiza a atividade do profissional da enfermagem, promovendo a subjetividade, a autonomia, a auto-afirmação e o auto-desenvolvimento, que transpasse os aspectos meramente técnicos e biológicos, de forma a inserir o saber da enfermagem na unidade do ser humano, no respeito às suas diferenças e necessidades fundamentais de forma a superar o reducionismo do binômio saúde-doença, mostraram duas possibilidades de análise - o agora e o possível.

No agora, o Enfermeiro ainda não desenvolve suas atividades com autonomia. Invariavelmente, age a partir de uma consciência alienada, sem criticidade, como se não tivesse também conhecimentos importantes em sua área de atuação. Contudo, o próprio Enfermeiro ainda não percebeu que esse processo faz parte de algo maior, que a dominação

não é imposta apenas a ele, mas a todos dentro do sistema de saúde, perante o modo de fazer saúde, que privilegia a razão instrumental, levando ao desenvolvimento de um trabalho alterado e alienante.

Nessa perspectiva, Roggero (2010, p. 225, 226) pensando a formação do arquiteto, defende:

Urge ouvir, antes, a si mesmo como alguém que convive em sociedade, para aprender a ouvir o outro e poder pensar numa formação que objetive o sujeito, não para fazer ressurgir práticas idealistas e inatistas, mas para desmitificar a vida simulada de que compartilhamos com infelicidade.

Com isso, na formação do Enfermeiro, permite pensar a possibilidade dele ser especialista em diferentes campos e especialidades, associando ações de decisão, coordenação, avaliação clínica, diagnóstico e intervenções de enfermagem, compartilhados com as necessidades de saúde da população, como atributos de independência e conhecimento, para atuar de forma emancipada e autônoma, nas atividades que lhe são inerentes.

Contudo, esses espaços parecem que necessitam gradativamente ser explorados e ampliados na perspectiva de atuação profissional, e nas questões sociais emergentes dentro do perfil epidemiológico do processo saúde-doença, tanto da área da saúde quanto da própria formação. Assim, pode-se pensar na possibilidade do Enfermeiro em uma atuação emancipadora e autônoma no campo da gestão de serviços de saúde; nas atividades de ensino e pesquisa; o estímulo à inserção dos alunos e profissionais nos grupos de pesquisa, projetos de extensão e uma interação aluno-comunidade, visando atender as necessidades de saúde da população na formação e no cotidiano dos serviços de saúde.

Referente à terceira hipótese, sobre a história oral de vida de professoras de enfermagem Enfermeiras e Enfermeiras, que podem contribuir para um projeto pedagógico alternativo em enfermagem, a pesquisa permitiu concluir que a enfermagem como profissão assume o cuidado das pessoas, seja do indivíduo, da família ou comunidade, independente dos contextos e ambientes, durante todo o ciclo vital, com o objetivo da manutenção da vida e melhoria da sua qualidade, prevenindo doenças ou amenizando seus efeitos, além do seu enfoque na promoção da saúde.

Entretanto, também ficou evidente nas narrativas, a visão de auxiliar do Enfermeiro a outros profissionais, sem um grau de autonomia no desenvolvimento de suas funções, tanto perante a equipe multiprofissional, como dentro da própria enfermagem. Contudo, de maneiras e graus diversificados, todas as colaboradoras, buscam em sua atuação a emancipação para exercer um cuidado de enfermagem com autonomia, tentando preservar a subjetividade negada, nos processos de formação e trabalho em saúde, estabelecendo

complexas relações entre o modelo científico vigente, as políticas públicas de saúde, as práticas de gestão, as políticas de formação e as práticas de formação.

Por outro lado, foram também evidenciados avanços e conquistas, tanto para a profissão quanto nos processos de formação do profissional nos espaços formais e não formais, como forma de romper a dominação e a barbárie instaladas nos espaços institucionais. Atualmente, para os próprios profissionais da saúde em geral, a prática social do Enfermeiro é pensada como sendo um articulador e integrador das ações de saúde.

Constatou-se, nas narrativas, a necessidade de incentivar, na enfermagem, as diversas opções e modalidades de atuação do Enfermeiro, bem como a sua autonomia para o trabalho, o que certamente contribuirá para uma maior valorização, melhora da sua autoestima e reconhecimento social, bem como a necessidade de reconhecer o cuidado como o cerne de sua atuação, como compromisso social no exercício da profissão. O Enfermeiro, nessa perspectiva de ação, tem a necessidade de mergulhar na realidade do indivíduo, de estabelecer vínculos, buscando a resolutividade possível dentro do seu campo de atuação, ao resgatar a importância do cuidado para a enfermagem.

Roggero (2010, p. 221), ao pensar sobre a formação, afirmou que:

(...) a formação foi enfatizada como algo preparatório para o indivíduo fazer frente às exigências do trabalho alienado e alienante, mantendo-o aprisionado numa teia de relações e de necessidades artificiais que impedem o desenvolvimento de sua consciência e, portando, da sua subjetividade.

A discussão dos processos formativos e no trabalho torna-se relevante no intuito de construir uma profissão menos alienada, aprisionada em si mesma, sem o desenvolvimento de sua consciência e subjetividade, que esteja comprometida e ativa nas decisões de políticas públicas, sociais e institucionais, como forma de buscar uma profissionalidade mais atuante, que tenha o compromisso social necessário para conquistar maior autonomia, a fim de realmente trabalhar com a promoção, proteção, cura e reabilitação da saúde, em defesa da vida, e mais do que isso, possibilitar espaços de articulação com os outros profissionais da saúde, para atuar de maneira mais integrada e emancipada na equipe multiprofissional, para desenvolver seu verdadeiro potencial humano na saúde e na sociedade.

REFERÊNCIAS

BASSANI, Jailson José & VAZ Alexandre Fernandez. Comentários sobre a educação do corpo nos “textos pedagógicos” de Theodor W. Adorno. **Perspectiva** – Florianópolis UFSC, XXI, n. 01, Jan./Jun. 2003, p. 13 – 38.

BENJUMEA, C. de la C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.13, n.1, p.137-146, jan./mar. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP; 1988.

ESPERIDIÃO, E. **Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação**. 160 fls. [Dissertação de Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP - Programa de Pós Graduação, Área Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto, 2001.

FERNANDES, J. D.; XAVIER, I. A.; CERIBELLI, M. I. P. F.; BIANCO, M. H. C.; MAEDA, D.; RODRIGUES, M. V. C. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 39, n.4, p.443-9; 2005.

HORKHEIMER, Max; ADORNO, Theodor. **Teoria de la seudocultura**. Sociológica, Madrid: Taurus, 1966, pp. 175-199.

_____. **Temas Básicos da Sociologia**. São Paulo: Cultrix, 1973.

_____. **O Conceito de Esclarecimento. Dialética do Esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. **A Indústria Cultural: o esclarecimento como mistificação das massas**. Dialética do Esclarecimento. São Paulo: Zahar, 1997.

HORKHEIMER, Max. **Eclipse da razão**. Tradução Sebastião Uchoa Leite. São Paulo: Centauro, 2002.

MARCUSE, Herbert. **Cultura e Psicanálise**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

_____. **Ideologia da Sociedade Industrial**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2000.

MENDES. Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.

ROGGERO, Rosemary. **A vida simulada no capitalismo: formação e trabalho na arquitetura**. São Paulo: Letra e Voz, 2010.

RORHS-RedeObservatóriodeRecursosHumanosemSaúde.BoletimRIO.**Empregabilidade dos enfermeiros no Brasil. 2006** (online). Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/IMS-UERJ/Empregabilidade_trabalho.pdf> Acesso em: 13 abr. 2012.

SCLIARS, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

ZUIN, Antônio A. S. O corpo como publicidade ambulante. *Perspectiva*, v. 21, n. 01, p. 39-53, jan./jun.2003.

_____. **Indústria Cultura e Educação. O Novo Canto da Sereia.** Campinas: Autores Associados, 1999.

ANÁLISES DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM MOGI DAS CRUZES

Ana Julia Silva de Assis¹;

UNIP, São Paulo, SP.

<http://lattes.cnpq.br/9855336240935778>

Giane Elis de Carvalho Sanino²;

UNIP, São Paulo, SP.

<http://lattes.cnpq.br/0665273582955117>

Julia Cristina Franco Carneiro³;

UNIP, São Paulo, SP.

Laura Gomes de Sousa⁴;

UNIP, São Paulo, SP.

<http://lattes.cnpq.br/3406091281337153>

Rebeca Kelly Spilla⁵.

UNIP, São Paulo, SP.

<http://lattes.cnpq.br/6625613309330348>

RESUMO: Esta pesquisa do tipo documental de natureza quantitativa propõe uma análise do número de notificações de violência contra mulher no período pré pandêmico e no período da pandemia de Covid-19 no município de Mogi das Cruzes com dados obtidos na Vigilância Epidemiológica através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. O intuito foi analisar os dados obtidos através das notificações do período de dois anos da pandemia (2020-2021) e os dois anos pré pandêmicos (2018-2019). O termo “violência” é definido, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a utilização da força física, do poder ou ameaça que resulta em dano, morte, privação ou dano psicológico contra si mesmo ou contra outra pessoa. Consideram-se, por essa definição, quanto às características do ato violento, as violências física, psicológica, sexual e a negligência. Portanto, violência contra mulher pode ser compreendida como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado, o que a torna um problema universal de saúde pública. Os dados obtidos mostraram que as notificações de violência não aumentaram, tendo 303 (\cong 4.4%) de notificações a menos nos anos de 2020-2021 comparado com os anos de 2018-2019. O

perfil mais observado foi o de mulheres adultas (24 a 59 anos), brancas, com ensino médio completo e empregadas. A residência foi o local de maior incidência, sendo o cônjuge do sexo masculino o protagonista, agredindo fazendo uso da força corporal através da violência física. Dessas notificações 54% das mulheres relataram que houve reincidência no delito. Portanto, nota-se a necessidade de aprimorar as Políticas Públicas, reforçando a importância da intersectorialidade entre os órgãos, além de um atendimento que preze por humanização, equidade, integralidade e universalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Crimes contra a mulher. Violência doméstica e sexual contra a mulher.

ANALYSIS OF NOTIFICATIONS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN THE PERIOD OF THE COVID-19 PANDEMIC IN MOGI DAS CRUZES

ABSTRACT: This research documentary of a quantitative nature proposes an analysis of the number of notifications of violence against women in the pre-pandemic period and in the period of the Covid-19 pandemic in the municipality of Mogi das Cruzes with data obtained from Epidemiological Surveillance through the Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. The aim was to analyze the data obtained through the notifications of the two-year period of the pandemic (2020-2021) and the two pre-pandemic years (2018-2019). The term “violence” is defined by the World Health Organization (WHO) as the use of physical force, power or threat that results in harm, death, deprivation or psychological harm against herself or another person. By this definition, physical, psychological, sexual violence and negligence are considered in terms of the characteristics of the violent act. Therefore, violence against women can be understood as any action or conduct, based on gender, that causes death, damage or physical, sexual or psychological suffering to women, both in the public and in the private sphere, which makes it an universal public health problem. The data obtained showed that notifications of violence did not increase, with 303 (\cong 4.4%) fewer notifications in the years 2020-2021 compared to the years 2018-2019. The most observed profile was that of adult women (24 to 59 years old), white, high school educated and employed. The home residence was the place with the highest incidence, with the male spouse the protagonist, assaulting using bodily force through physical violence. Of these notifications, 54% of the women reported that there was a reoccurrence in the crime. Therefore, there is a need to improve Public Policies, reinforcing the importance of intersectoriality between public agencies, in addition to a service that universally values: humanity, equality and integration.

KEY-WORDS: Crimes against women. Domestic and sexual violence against women.

INTRODUÇÃO

O termo “violência” é definido, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a utilização da força física, do poder ou ameaça que resulta em dano, morte, privação ou dano psicológico contra si mesmo ou contra outra pessoa. Pode-se dividir a violência em: autodirecionada (voltada para si mesmo); interpessoal (violência intra e extrafamiliar) e coletiva (violência social, política e econômica, geralmente cometida por grandes grupos de indivíduos ou por Estados). Consideram-se, por essa definição, quanto às características do ato violento, as violências física, psicológica, sexual e a negligência. Portanto, a violência contra a mulher pode ser compreendida como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado, o que fez desta problemática um tema frequentemente discutido na área da saúde e pesquisado em todo o mundo desde o final dos anos 80. ¹

Em 1994, o Brasil tornou-se subscritor da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher da Organização dos Estados Americanos (OEA). Esse documento apresentava diretrizes cujos signatários deveriam observar ao criar mecanismos de combate à violência contra mulher. Um dos avanços foi definir o que se caracterizava como violência contra a mulher e apontar a necessidade de identificar as suas causas. Seguindo as diretrizes do documento da convenção interamericana, o governo brasileiro criou a lei federal no 11.340/2006, que inaugurou um novo olhar pelo Estado a partir da consolidação de uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. A lei ficou popularmente conhecida como lei Maria da Penha em homenagem a biofarmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes. Porém, mesmo com esse avanço, mais de dez anos após a sua promulgação, nota-se que a legislação não foi suficiente para aumentar as denúncias e diminuir os casos de violência. ¹

A notificação de violência contra mulher foi implantada em 2003 e apenas os serviços de referências à assistência da mulher é que notificavam os casos. Mais tarde as notificações foram integradas à ficha de notificação de violência autoprovocada e interpessoal, e inserida de forma gradual no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme a adesão dos estados e municípios. No ano de 2011 as violências passaram a fazer parte da lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória. A notificação é uma dimensão da linha de cuidado, que também possibilita dar visibilidade ao problema da violência, subsidiando o planejamento, organização dos serviços e as políticas públicas.²

Um marco importante é a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres que busca amparar as mulheres em situação de violência por meio de programas nacionais e por ações dos diversos setores envolvidos com a questão, como a saúde, a segurança pública, a justiça, a educação, a assistência social etc. Tem o objetivo de propor ações que desconstruam as desigualdades e eliminar as discriminações de gênero, garantindo às mulheres atendimento qualificado e humanizado. ³

Entre as diretrizes, evidencia-se o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na orientação e treinamento dos profissionais na promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde das mulheres, com foco na perspectiva de gênero e etnia e em consonância com seus direitos. Além disso, o SUS deve atender as mulheres observando o contexto sociocultural, buscando respeitá-las em suas singularidades, sem qualquer tipo de discriminação.³

Em 2020, foi anunciado o aparecimento de uma nova doença infecciosa e altamente transmissível causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Em vista disso, medidas de contenção foram implantadas a fim de conter o aumento exponencial de casos, destacando-se o isolamento social, que se mostrou como um grande agravante da violência doméstica, ação em que a ocorrência é baseada nas relações entre os membros da comunidade familiar, constituída por vínculos de parentesco natural ou civil.⁴

Com a introdução de tais medidas, quatro bilhões de pessoas em todo o mundo se abrigaram em suas casas, o suporte social diminuiu com o fechamento de creches, estabelecimentos de ensino e religiosos, conjuntamente com a restrição ou redução da jornada de trabalho nos serviços de proteção à mulher, como delegacias e centros de referência à violência doméstica, ampliando o risco e as vulnerabilidades de muitas mulheres. Ademais, o maior tempo de convivência com o agressor é crucial, pois ao se reduzir o contato social da vítima com amigos e familiares, reduzem-se as possibilidades de a mulher criar e/ou fortalecer uma rede social de apoio, buscar ajuda e sair da situação de violência. A convivência ao longo de todo o dia, especialmente entre famílias de baixa renda vivendo em domicílios de poucos cômodos e grande aglomeração, reduziram a possibilidade de denúncia com segurança, desencorajando a mulher a tomar esta decisão.⁵

No Brasil, as estatísticas têm sinalizado diferenças em cada Estado: enquanto alguns apresentam déficit no número de denúncias, outros registraram acréscimo significativo nos indicadores. Contudo, é necessário se atentar ainda, para o problema da subnotificação da violência doméstica e familiar contra a mulher que persiste em tempos de pandemia: estima-se que apenas 40% das vítimas denunciem as violências vivenciadas.⁶

Esta pesquisa do tipo documental, que foi realizada nos meses de fevereiro a novembro de 2022, com dados disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica através do Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAN no período de 2018 a 2021, teve como propósito principal investigar e comparar as notificações de violência contra mulher nos períodos pré pandêmico e pandêmico, afim de verificar se houve aumento ou diminuição dos casos e os fatores que corroboraram para isso, com o intuito de compreender a dinâmica, apontar os tipos de violência e a população mais afetada.⁶

METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa de campo do tipo documental de natureza quantitativa sobre a Violência Contra a Mulher no Período da Pandemia de Covid-19 em Mogi das Cruzes, através de dados contidos em 7187 fichas disponibilizadas pela Vigilância Epidemiológica do Município de Mogi das Cruzes no Estado de São Paulo, utilizando informações obtidas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN nos anos de 2018 a 2021.

Foram incluídas na pesquisa as notificações de violência contra a mulher dos anos de 2018 a 2021. Foram excluídas da pesquisa as notificações dos anos que antecedem 2018, pois o intuito é analisar o período de dois anos da pandemia com os dois anos pré-pandêmicos, observando se houve aumentos das notificações nesse período e analisar o perfil sociodemográfico das vítimas.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paulista, os pesquisadores receberam as informações da Vigilância Epidemiológica a fim de coletar dados sociodemográficos das vítimas e tipos de violências sofridas que estão presentes nas notificações que foram registradas no SINAN no período estudado. Os dados coletados foram: total de notificações por ano e mês, faixa etária, raça, escolaridade, situação conjugal, ocupação, orientação sexual, tipo de violência, local de ocorrência da violência, meio de agressão, parentesco com o agressor, sexo do agressor, se a violência já ocorreu anteriormente; segundo o instrumento de coleta de dados (apêndice 1). Não foi utilizado nenhum dado pessoal como nome e endereço da vítima.

O instrumento para coleta de dados, apêndice 1, conteve dados do perfil sociodemográfico das vítimas e a evolução dos casos: idade, raça, escolaridade, estado civil, ocupação, orientação sexual, tipo de violência, local de ocorrência da violência; meio de agressão; se violência sexual, qual tipo; se ocorreu penetração, qual o tipo; número de envolvidos, parentesco com o agressor, sexo do agressor, se a violência já ocorreu anteriormente, consequências detectadas na notificação, evolução do caso, e se houve encaminhamento para outros setores.

As informações obtidas foram armazenadas no software aplicativo *Microsoft Excel*® e analisadas de maneira descritiva, calculando a incidência e a média dos tipos e fatores sociodemográficos. Os dados foram apresentados na forma de tabelas.

O tipo de pesquisa documental não implica riscos a população estudada. O benefício será retratado através do fornecimento dos resultados à Vigilância Epidemiológica, com o intuito de que o Município aprimore suas Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência, consequentemente essa ação poderá beneficiar também as vítimas, mostrando que existem políticas públicas e leis que as asseguram e as protegem ao denunciar seu algoz.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, esta foi submetida a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paulista (UNIP) que é reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP). A

pesquisa foi aprovada pelo parecer número 5.675.401.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O total de notificações de violência nos quatro anos foi de 7.191, tendo o ano de 2019 com o maior número de notificação (2007). Portanto, é possível observar que durante os dois anos da pandemia de Covid-19 as notificações diminuíram quando comparadas aos dois anos pré-pandemia.

Tabela 1 – Total de notificações por mês de violência contra a mulher. UNIP. São Paulo, 2022.

TOTAL DE NOTIFICAÇÕES POR ANO	2018		2019		2020		2021	
	1740		2007		1723		1721	
TOTAL DE NOTIFICAÇÕES POR MÊS	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
JANEIRO	162	9%	197	10%	177	10%	183	11%
FEVEREIRO	137	8%	135	7%	184	11%	126	7%
MARÇO	169	10%	170	8%	148	9%	123	7%
ABRIL	122	7%	204	10%	107	6%	136	8%
MAIO	113	6%	218	11%	122	7%	155	9%
JUNHO	122	7%	178	9%	145	8%	130	8%
JULHO	116	7%	186	9%	124	7%	116	7%
AGOSTO	162	9%	207	10%	129	7%	151	9%
SETEMBRO	149	9%	138	7%	151	9%	178	10%
OUTUBRO	149	9%	125	6%	140	8%	146	8%
NOVEMBRO	162	9%	125	6%	145	8%	149	9%
DEZEMBRO	177	10%	124	6%	151	9%	128	7%

Nota-se que entre março e setembro o número de notificações diminuiu comparado com o ano de 2019. O mês de março de 2020 foi um momento em que pouco se conhecia sobre a pandemia e muitos decretos foram dados para melhor controle da mesma, dentre eles foi criada a Lei Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus e que decretou o isolamento social e a quarentena. Com a início dessas medidas, quatro bilhões de pessoas no mundo se refugiaram em suas casas, houve a diminuição do suporte social com o fechamento de creches, estabelecimentos de ensino e religiosos, com a restrição ou redução de jornada de trabalho nos serviços de proteção à mulher, ampliando o risco e as vulnerabilidades tudo isso combinado com o medo de sair de casa para buscar esses serviços e ser contagiado. Houve uma maior convivência com o agressor e uma diminuição do contato social para buscar ajuda e sair da situação de violência. Em setembro de 2020 o estado de São Paulo estava na fase 3 amarela que é considerada uma fase controlada e existe uma maior liberação das atividades econômicas

como *shoppings*, comércios de rua, restaurantes etc. Com maior liberação de funcionamento das atividades econômicas, a volta do funcionamento de serviços essenciais para proteção da mulher e maior liberdade para sair de casa as notificações a partir do mês de setembro voltaram a subir.^{5, 8, 9, 10}

Tabela 2- Dados sociodemográficos das vítimas de violência contra a mulher. UNIP. São Paulo, 2022.

FAIXA ETÁRIA	2018		2019		2020		2021	
	N	%	n	%	n	%	n	%
ADOLESCENTES- 12 A 17 ANOS	160	9%	216	11%	148	9%	148	9%
ADULTOS								
JOVENS- 18 A 23 ANOS	274	16%	330	16%	264	15%	289	17%
ADULTOS- 24 A 59 ANOS	1080	62%	1172	58%	1101	64%	1060	62%
RAÇA	2018		2019		2020		2021	
	N	%	n	%	n	%	n	%
BRANCA	1021	58,7%	1161	57,8%	987	57,3%	1025	59,6%
AFRODESCENTE	705	40,5%	824	41,1%	720	41,8%	689	40%
AMARELA	14	0,8%	22	1,1%	16	0,9%	7	0,4%
ESCOLARIDADE	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ANALFABETO 1ª A 8ª SÉRIE DO	7	0,4%	8	0,4%	4	0,2%	4	0,2%
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETA	175	10,1%	211	10,5%	212	12,3%	203	11,8%
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	105	6,0%	71	3,5%	90	5,2%	100	5,8%
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	154	8,9%	178	8,9%	123	7,1%	162	9,4%
ENSINO MÉDIO COMPLETO	402	23,1%	414	20,6%	435	25,2%	574	33,4%
EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA	89	5,1%	108	5,4%	46	2,7%	61	3,5%
EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA	116	6,7%	119	5,9%	107	6,2%	111	6,4%
IGNORADO	598	34,4%	760	37,9%	633	36,7%	420	24,4%
NÃO SE APLICA	94	5,4%	138	6,9%	73	4,2%	87	5,1%

Os dados evidenciam que em 2018 e 2019 62% (1080) e 58% (1172) das vítimas destas notificações tinham entre 24 e 59 anos. Nos anos de pandemia as mulheres de faixa etária entre 24 e 59 anos representam 64% (1101) no ano de 2020 e 62% (1060) no ano de 2021. Considerando a larga escala deste dado, não é possível definir com precisão a idade com maior prevalência. Entretanto, mesmo com os dados não revelando os números de notificações de violência contra crianças, é importante ressaltar que: “As crianças são também vítimas mesmo que não sejam diretamente objeto de agressões físicas: ao testemunharem a violência entre os pais, as crianças iniciam um processo de aprendizagem da violência como um modo de estar e de viver e, na idade adulta, poderão reproduzir o modelo, para além de que a violência lhes provoca sofrimento emocional e os correspondentes problemas”.¹¹

De acordo com os dados, a violência foi mais prevalente entre as mulheres brancas quando comparadas às afrodescendentes (pretas, pardas e indígenas) e amarelas. Somam-se 2.182 mulheres no período de 2018-2019 e 2.012 no período de 2020-2021. Contudo, o número de vítimas pretas, pardas e indígenas também é consideravelmente alto (1529 no período de 2018-2019 e 1409 no período de 2020-2021), visto que esta população é profundamente mais vulnerável quando comparada à de mulheres brancas. Partindo do fato de que o número de vítimas brancas é quase 43% maior quando comparado ao de vítimas pretas, pardas e indígenas, podemos associá-lo à população de Mogi das Cruzes ser composta por apenas 15% de afrodescendentes e/ou também ao hábito de não reconhecimento da própria raça, o que escancara a necessidade de uma educação adequada e específica para esta população a fim de formar adultos racializados e conscientes de sua própria história. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência contra a mulher tem suas causas estruturadas em fatores histórico-sociais, tais como a desigualdade de gênero, econômica, machismo estrutural entre outros. Ao considerar o aumento da violência contra as mulheres, especialmente a violência doméstica, como um dos efeitos da pandemia, corre-se o risco de privatizar um problema social. O isolamento social por si só não ocasiona a violência, mas tem a potência de colocar em evidência as vivências dessas mulheres, dando ênfase às desigualdades historicamente construídas e naturalizadas. Nesse contexto, destaca-se a existência da subnotificação crônica das formas de violência doméstica, anterior à covid-19, onde menos de 40% das mulheres em situação de violência buscavam qualquer tipo de ajuda ou denunciavam o crime e, destas, menos de 10% das mulheres procuravam ajuda policial. O contexto atual da pandemia, com maiores limitações no acesso de mulheres a telefones e linhas de ajuda e interrupção e/ou diminuição dos serviços públicos como polícia, justiça e serviços sociais, tem apontado para a existência de maiores discrepâncias na situação atual estimada das mulheres em situação de violência doméstica. Fato que corroborou a existência de mais uma barreira para mulheres pretas e pobres em situação de violência e foi possível ser observado nos dados.^{12, 13}

A partir da análise dos dados obtidos, podemos observar que a escolaridade prevalente das vítimas de violências, se refere a mulheres com ensino médio completo. Há uma diferença significativa comparando as que têm o ensino fundamental completo e ensino médio completo, porém, conforme o perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas, há uma hipótese de erro na incidência de casos de violência relacionados ao grau de escolaridade das mulheres, levando em consideração que o grau de informação de mulheres com um nível estudantil mais elevado, estas possuem maiores possibilidades de acesso à denúncia. Um estudo realizado com 470 mulheres na Atenção Básica em Ribeirão das Neves, aponta que a baixa escolaridade das pesquisadas foi associada significativamente a maiores chances de ocorrência da violência física, sexual e/ou psicológica. Ressalta-se que os índices de notificação podem ser ainda maiores, visto que aquelas com menor instrução escolar geralmente não têm coragem de denunciar. Entretanto, cabe assinalar que a escolaridade só terá significância para violência física quando supre a condição socioeconômica. Mulheres com menor escolaridade (até o primeiro grau) sofrem mais violência física do que mulheres mais instruídas. Pessoas com baixa renda familiar e baixa escolaridade tendem a se tornar mais expostas aos agravos sociais e de saúde, uma vez que esta camada da sociedade se torna menos favorecida de recursos materiais, bem como de informações dos seus direitos sociais. Partindo desta mesma linha de raciocínio, podemos ainda cruzar os dados de escolaridade com os raciais, o que exprime uma falta de acesso maior ainda quando se trata de mulheres negras com baixa escolaridade, negligenciando-as duas vezes mais quando comparadas às mulheres brancas que tiveram acesso integral a educação, portanto, o fato desta população ainda ser pouco representada nos números está associado a esse fenômeno. Além disto, dados de variados estudos indicam que a violência acontece separadamente do grau de escolaridade, portanto, podendo abranger as analfabetas e aquelas com ensino superior, contudo, as que possuem o ensino médio completo foram as que mais notificaram.^{14, 15, 16}

Tabela 3 – Situação conjugal e Relação com o agressor das vítimas de violência contra a mulher. UNIP. São Paulo, 2022.

SITUAÇÃO CONJUGAL	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTEIRO	808	46%	953	47%	662	38%	713	41%
CASADO/UNIÃO CONSENSUAL	481	28%	541	27%	657	38%	576	33%
VIÚVO	43	2%	30	1%	28	2%	29	2%
SEPARADO	142	8%	202	10%	155	9%	174	10%
NÃO SE APLICA	136	8%	193	10%	119	7%	140	8%
IGNORADO/ NÃO SE APLICA	130	7%	88	4%	102	6%	89	5%
RELAÇÃO COM O AGRESSOR	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PAI	52	3%	99	5%	62	4%	56	3%
MÃE	72	4%	97	5%	63	4%	58	3%

PADRASTO	37	2%	40	2%	33	2%	38	2%
MADRASTA	5	0%	1	0%	4	0%	5	0%
IRMÃO(A)	54	3%	77	4%	63	4%	73	4%
CÔNJUGE	400	23%	423	21%	471	27%	415	24%
EX-CÔNJUGE	343	20%	337	17%	288	17%	353	21%
NAMORADO (A)	27	2%	40	2%	53	3%	63	4%
EX-NAMORADO (A)	86	5%	48	2%	81	5%	85	5%
AMIGOS/CONHECIDOS	235	14%	277	14%	138	8%	130	8%
DESCONHECIDO	83	5%	169	8%	105	6%	120	7%
PATRÃO/CHEFE	6	0%	1	0%	4	0%	3	0%
PESSOA COM RELAÇÃO INSTITUCIONAL	9	1%	17	1%	7	0%	3	0%
OUTROS	331	19%	381	19%	351	20%	319	19%

Pode-se observar que a maioria dos casos de violência notificados foram em pessoas solteiras durante os dois anos pré-pandêmicos e os dois primeiros anos da pandemia, totalizando 3136 casos, sendo que 30% (953) ocorreram no ano de 2019. Na população casada ou com união consensual totaliza-se 2255 casos durante os quatro anos, tendo o ano de 2020 com a maior porcentagem, 29% (657), em comparação com os outros. É possível observar também que um grande número da população prefere não informar esse dado, durante os quatro anos o número de ignorado e não se aplica chega a 937 pessoas. Considerando os casos de agressão em pessoas solteiras, é importante lembrar que a violência pode ter sido cometida por pessoas íntimas, que envolve também filhos, pais e outros parentes ou pessoas que vivam na mesma casa. Quando falamos de um vínculo amoroso, casamento ou união consensual, muitas vezes o agressor usa a chantagem e modos autoritários para controlar as vítimas. A vítima acredita ser submissa, sendo o agressor a pessoa que sustenta e possui os bens materiais e econômicos. Outros fatores associados à violência por parceiro íntimo estão a menor escolaridade, pertencer a minorias étnicas e exposição à violência durante a infância. O agressor sabe que está em uma situação privilegiada, pois já existe uma relação de convívio, intimidade e privacidade que mantém ou tenha mantido com a vítima, usando disso para perpetrar suas atitudes violentas.^{17, 18, 19}

Quando se trata de relação com o agressor, em todos os anos estudados pode-se observar que a maioria das agressões são feitas pelo cônjuge, a pessoa que a vítima procuraria para amparo e proteção, mas que infelizmente é quem inicia o ciclo de violência. Nota-se que no primeiro ano da pandemia de Covid-19, 35% (471) das agressões foram feitas pelo companheiro e 22% (288) por ex-cônjuge. É importante destacar as violências realizadas por amigos/conhecidos, que totalizam 780 nos quatro anos, sendo 36% (277) ocorridas no ano de 2019. O número de agressores desconhecidos nos quatro anos são de 477, tendo o ano de 2019 com 35% (169) das notificações. A violência conjugal representa um problema de saúde pública que se faz presente no cotidiano feminino desde a antiguidade.

Ela acontece devido ao sistema patriarcal em que vivemos, onde a supremacia masculina é naturalizada e a mulher é vista como responsável pela casa, filho e submissão/obediência ao marido. É importante lembrar que pela violência ser no espaço da casa, o número real de mulheres em vivência de violência não é conhecido. A proximidade afetiva com o agressor traz um peso maior para a mulher pois o opressor é uma pessoa sem laços sanguíneos, mas que ela escolheu para fazer parte da vida dela e que ao romper o relacionamento continuam sendo assediadas, chantageadas e violentadas. ^{20, 21, 22}

No contexto da pandemia, o *home office*, trabalho executado por meio das tecnologias da informação (TI), utilizando computadores, *notebooks*, *tablets* e *smartphones* com conexão pela *internet*, se propagou de forma exponencial. Aparentemente, este novo método era revolucionário e econômico, porém na prática significou maior tempo de convivência das mulheres com seus agressores, ocasionando assim, um aumento considerável nas notificações de violência entre mulheres empregadas durante a pandemia (2020-2021). Lutar contra a máxima popular “em briga de marido e mulher, não se mete a colher” é um desafio urgente e necessário à nossa sociedade. O sentimento de posse do homem sobre a mulher e a naturalização da violência cotidiana têm em comum as raízes de uma sociedade patriarcal, androcêntrica e misógina. Desfrutar o lar como um ambiente seguro, de descanso e proteção deveria ser um direito básico garantido, mas na prática ainda é um privilégio de classe e de gênero. ^{8, 23}

A desigualdade de gênero e a ideia de que homens são os responsáveis pela provisão de bens e as mulheres cuidadoras e responsáveis pelo amor e cuidado à família ocorre há muito tempo. ²⁴

Em 1983, Jurandir relata:

“O estar da família colonial, portanto, regulava-se pela distinção social do papel do homem e da mulher pela natureza das atividades domésticas. O homem, a quem era permitido um maior contato com o mundo, com a sociabilidade, permanecia menos tempo em casa. Os cuidados da residência eram entregues à mulher que, entretanto, não podia imprimir aos aposentos a marca de suas necessidades” ²⁵

Apesar de antiga, a citação ainda define o modelo patriarcal vigente, pois ainda hoje, as mulheres são as maiores responsáveis pelas atividades domésticas, representando também, maior tempo em casa, o que ocasiona sobrecarga com o trabalho invisível e não remunerado, mostrando que muitas vezes a residência é apenas mais um local em que homens demonstram seu poder masculino. Com o rápido avanço da pandemia de COVID-19, como necessidade sanitária, muitas pessoas passaram a trabalhar em casa, e esta forma de trabalho, conhecida popularmente como *Home Office*, causou grande mudança na rotina das mulheres, e mesmo a população desempregada teve que fazer o

isolamento social, o que por consequência, causou um convívio familiar mais frequente, a sobrecarga dos serviços domésticos e o agravamento das agressões. Muitas destas mulheres, com medo da propagação do vírus e respeitando as medidas de isolamento, estiveram em confinamento em casa, o que causou o aumento de sua vulnerabilidade, visto a distância de redes de proteção social, tornando a residência, um local que deveria ser seguro, um lugar de perigo, medo, abuso, risco de agressões e de maior convivência com seu agressor.

8, 26

Tabela 5 – Sexo do autor da agressão de violência contra a mulher. UNIP. São Paulo, 2022.

SEXO AUTOR DA AGRESSÃO	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ignorado	20	1%	38	2%	22	1%	21	1%
Masculino	1310	75%	1391	69%	1322	77%	1372	80%
Feminino	367	21%	505	25%	325	19%	277	16%
Ambos os sexos	44	3%	72	4%	53	3%	48	3%

Fonte: Elaboração própria

Baseado nos dados, nos anos de 2018 e 2019 os homens foram os autores das violências contra as mulheres em 2701 casos, representando cerca de 72% das notificações. No período da pandemia, totalizaram-se 2694 casos oriundos de agressores, subindo a taxa para 78,3% das notificações. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o gênero se refere às características socialmente construídas de mulheres e homens, como normas, papéis, relações e expectativas existentes entre eles, podendo variar de uma cultura para outra e mudar ao longo do tempo. Trazendo este conceito para a realidade, é possível observar que os meninos delineiam sua autoimagem, percepção de mundo, caráter e personalidade embasados nas experiências cotidianas vivenciadas quando crianças. E é com base nesse processo que, desde muito cedo, a masculinidade é associada principalmente às características negativas, que retratam os homens como não emocionais, independentes, não cuidadores, agressivos e não passionais. Portanto, de acordo com esse contexto cultural e histórico, frequentemente ser violento pode ser caracterizado como um traço do que a sociedade considera “ser homem”. Deste modo, a violência contra a mulher vem sendo compreendida como um padrão ligado à masculinidade hegemônica, seja como um efeito mecânico, no qual as agressões são as consequências dessa masculinidade tóxica, seja por meio da busca da manutenção dessa dominação. Com esse entendimento, a violência contra a mulher aparece como um exercício disciplinar ou como sinal de virilidade em sua máxima potência. Partindo para o contexto pandêmico, pode-se acreditar que o isolamento apenas estreitou a relação homem-poder-violência, escancarando aos olhos de todos a essência doente de uma cultura machista, sexista e violenta, cuja dominação dos homens e subordinação das mulheres correspondem a um processo histórico e enraizado nas veias da sociedade. ^{27, 28}

Tabela 6 – Meio da agressão e reincidência. UNIP. São Paulo, 2022

TIPO DE VIOLÊNCIA	2018	2019	2020	2021
FÍSICA	938	1192	947	936
PSICOLÓGICA/MORAL	997	1112	633	559
SEXUAL	143	185	143	173
TRÁFICO DE SERES HUMANOS	-	2	-	-
TORTURA	16	22	14	7
PATRIMONIAL	-	-	-	-
OUTROS	1	14	7	13

MEIO DE AGRESSÃO	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ARMA DE FOGO	6	0,3%	8	0,4%	11	0,6%	8	0,5%
OBJETO CONTUNDENTE	66	3,8%	66	3,3%	74	4,3%	52	3,0%
FORÇA CORPORAL	850	48,9%	927	46,2%	837	48,6%	885	51,4%
ENFORCAMENTO/SUFOCAÇÃO	65	3,7%	93	4,6%	51	3,0%	63	3,7%
OUTRO	753	43,3%	913	45,5%	750	43,5%	713	41,4%

OCORREU OUTRAS VEZES?	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SIM	936	54%	760	38%	726	42%	775	45%
NÃO	715	41%	1098	55%	780	45%	704	41%
IGNORADO/ EM BRANCO	89	5%	149	7%	217	13%	242	14%

Os dados mostram que em 2018-2019 a violência física e psicológica/moral representou o maior número de casos com 4.239 notificações, seguindo o mesmo padrão em 2020-2021 com 3.075. Em todos os anos, a violência sexual representou o terceiro maior número de notificações com 644 vítimas. Entretanto, é importante ressaltar que uma notificação pode conter mais de um tipo de violência. Destaca-se também que independentemente do tipo de violência, essa é considerada uma violação dos direitos humanos. É possível observar que em todos os anos a força corporal foi o meio mais usado de agressão, no ano de 2019 46% (927) das notificações foram por esse motivo e no ano de 2021 50% (885). Diante dos dados notificados, ao longo dos quatro anos, $\cong 50,8\%$ das mulheres referiram não ter sofrido agressão novamente, sobrepondo as que afirmaram ter ocorrido outras vezes, sendo representadas por $\cong 49,2\%$.

Em concordância com os resultados obtidos, o meio de agressão força física apresentou-se significativamente prevalente em literaturas analisadas. Um estudo realizado em 2016, apresenta que os motivos apontados para a violência foram ciúmes (20,3%), sendo a força física (40,1%) o principal meio utilizado pelo agressor. Mesmo que estudos retratem diferentes tipos de instrumentos e lesões, observou, em Fortaleza-CE, que a força corporal como meio de agressão esteve presente na maioria dos casos de violência doméstica, seguida de ameaça e de objeto perfurocortante. No caso das violências físicas, a força corporal/espancamento é o meio mais comum utilizado pelo agressor, já na violência sexual, o estupro é a forma predominante. Uma análise dos casos notificados de violência

contra mulher, citou em seu estudo que a força física predominou, representando 24,5% dos casos, sendo aplicada isoladamente ou associada com outros meios.^{29, 30, 31, 32}

Apesar da evolução significativa das políticas de apoio à igualdade, é possível perceber que a violência contra a mulher vem aumentando significativamente e a reincidência do crime é bastante comum. Ainda tem a situação mais importante, que além da posição do país no *ranking* mundial de violência contra a mulher, muitos dos casos de violência doméstica e contra a mulher ainda sofrem reincidência. Há situações em que a mulher vivencia a agressão em seu dia a dia sem que formalize a denúncia e quando tem coragem para delatar o agressor, não consegue desvencilhar-se facilmente da relação, podendo ser vitimizada diversas vezes. Uma pesquisa sobre o perfil da reincidência da violência doméstica contra a mulher no município de Santarém cita que vítimas ainda enxergam pontos positivos de seu relacionamento o que dificulta a sua vontade de deixá-lo, aumentando assim as chances de uma nova agressão. Nos últimos anos vem crescendo o número de casos de violências doméstica e familiar, muitos destes reincidentes, pois a maioria das mulheres continua a manter um convívio familiar com os seus agressores, seja por intenção de dar continuidade ao relacionamento afetivo, pelo fato de uma das partes envolvidas não se conformar com o fim do relacionamento, seja por necessidades financeiras. Ainda que neste estudo obtivemos dados que evidenciam uma primeira ocorrência de violência em maioria, casos de reincidência são constantes em pesquisas. A dependência financeira e o quesito escolaridade são influentes nos casos de reincidência, visto que a falta de instrução e de apoio, aliadas a sua baixa autoestima, faz com que a mulher sinta-se incapaz de levar sua vida adiante sem o companheiro.^{7, 33, 34}

CONCLUSÃO

Em conformidade com os dados apresentados na pesquisa, podemos observar que as notificações de violência contra a mulher no município de Mogi das Cruzes não aumentaram, tendo 303 (\cong 4.4%) de notificações a menos nos anos de 2020-2021 comparado com os anos de 2018-2019. É possível observar que os dois anos em que a pandemia estava acontecendo os números de notificações diminuíram em comparação com os dois anos anteriores a ela (2018-2019). O perfil mais notificado foi o de mulheres adultas (24 a 59 anos), brancas, com ensino médio completo e empregadas, porém os dados a respeito da ocupação são inconclusivos em razão de muitas informações da ficha de notificação não se adequarem a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). A residência foi o local de maior incidência, sendo o cônjuge do sexo masculino o principal agressor, fazendo o uso da força corporal através da violência física. Dessas notificações 54% das mulheres relataram que houve reincidência no delito. Com a início dessas medidas, quatro bilhões de pessoas no mundo se refugiaram em suas casas, houve a diminuição do suporte social com o fechamento de creches, estabelecimentos de ensino e religiosos, com a restrição ou redução de jornada de trabalho nos serviços de proteção à mulher, ampliando o risco e

as vulnerabilidades tudo isso combinado com o medo de sair de casa para buscar esses serviços e ser contagiado. Houve uma maior convivência com o agressor e uma diminuição do contato social para buscar ajuda e sair da situação de violência, com maior liberação de funcionamento das atividades econômicas, a volta do funcionamento de serviços essenciais para proteção da mulher e maior liberdade para sair de casa as notificações a partir do mês de setembro voltaram a subir.

Posto isso, urge a necessidade de uma equipe assistencial treinada para o preenchimento correto das fichas de notificação, qualificada e multisciente a respeito das medidas e Leis disponíveis atualmente e que constantemente são atualizadas. Uma das ações de enfrentamento à violência no período da pandemia foi a criação da Lei No 14.022 de 7 de Julho de 2020, que tornou essenciais os serviços de combate à violência, dessa forma o funcionamento desses órgãos foi ininterrupto, proporcionando amparo as vítimas 24h por dia. ³⁵

Partindo para o nível Municipal, Mogi das Cruzes possui algumas entidades de combate à violência, como a Delegacia de Defesa da Mulher; Patrulha Maria da Penha, que acompanha 212 mulheres com medidas protetivas; Centro de Referência Especializado de Assistência Social; ONG's e Casas de Acolhimento que prezam por atendimentos sigilosos às vítimas; e recentemente ganhou a instalação de um Anexo de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher no Fórum Criminal.

Por conseguinte, evidencia-se a necessidade de multiplicar Políticas Públicas e colocar em prática tudo aquilo que já temos disponível no Estado, reforçando a intersetorialidade entre os órgãos de saúde e os jurídicos. Além disso, deve-se incitar o preenchimento completo da ficha de notificação, a fim de fundamentar a criação de políticas específicas para determinada população e que realmente sejam eficazes, pois notificar é um exercício de cidadania, que leva ao cuidado e à proteção da vítima. Ademais, é de responsabilidade da equipe multidisciplinar incentivar a vítima a denunciar e informá-la a respeito de seus direitos para fornecer um atendimento qualificado, integralizado e humanizado e, ainda, compor e fortalecer as redes de assistência à saúde. ^{36,37}

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

Sales, Isabela Braga. A violência contra a mulher: análises sobre o perfil da vítima, o tipo e a frequência das agressões e de casos de reincidência. 2019. (Online). Disponível em: <https://www.anpec.org.br/encontro/2017/submissao/files_/i12-3b3af980a01298c307ee5485a1c3261e.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

Marinho, Kelly Roberta Estrela; Girianelli, Vania Reis. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, p. 488-499, 2020. (Online). Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/mpxkNGdrCXMJrgsc9nTjvSq/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2022.

Souza, Tatiana Machiavelli Carmo; Rezende, Fernanda Ferreira. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. *Est. Inter. Psicol.*, Londrina, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018. (Online). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2022.

Marques, E. S. Moraes CL de Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: overview, contributing factors, and mitigating measures. *Cadernos de saude publica*, (Online). v. 36, p. e00074420, 2020.

Barbosa, Jeanine Pacheco Moreira et al. Interseccionalidade e violência contra as mulheres em tempos de pandemia de covid-19: diálogos e possibilidades. *Saúde e Sociedade [online]*. 2021, v. 30, n. 2 [Acessado 4 Maio 2022], e200367. (Online). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200367>>. Epub 09 Jun. 2021. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200367>

6 De Miranda, Bruna Woinorvski; Preuss, Lislei Teresinha. As silhuetas da violência contra mulher em tempos de pandemia. *Sociedade em Debate*, v. 26, n. 3, p. 74-89, 2020. (Online). Disponível em: < <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2751/1724>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

Silva, Samylla Bruna de Jesus et al. Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em um município do interior do Maranhão, Brasil. São Luis, Maranhão. 2021. *Mundo da Saúde*, 45 (Online): 056-065, e0622020. Disponível em: < <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1042>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

Vieira, Pâmela Rocha; Garcia, Leila Posenato; Maciel, Ethel Leonor Noia. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. *Revista brasileira de epidemiologia*, (Online). v. 23, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tqcyvQhqQyjtQM3hXRYwsTn/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 22 jul. 2022.

BRASIL. Lei Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União, Atos do Poder Legislativo*, Brasília, 07 de fev. 2020. Seção 1, p. 1.

SABESP. Entenda as cores para enfrentarmos a Covid 19. (Online). Disponível em: <http://www.associacaosabesp.com.br/headline/entenda-cores-covid-19>. Acesso em 12 out. 2022.

Alves, Bianca; Opper, Ticiana. Violência doméstica. Dita Livros, 2021. (Online). Disponível em: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/42831268/2004010-with-cover-pagev2.pdf?Expires=1665698364&Signature=TJ7R1YFirrj0F3vtV~ILmCYCUGqyqdnKlzL7IDdsDOhPFbAbG6gELzrgXPYvnik6nae8GI7Us~CWBY14Pesak6eZgzoX9toF2ymMewXBcly9fDEXc1TyD1JEy39fXjvPP9qIXXwBj69n3Mcv6gd90djsWiOOsywEDleETDM7xTzZdFBQcpXD8cEAJlykC2RYERAvDgpae91quXUAmCfUmW00Oa5qkvi1INCKKHXXHhgRwn1uxH-ZpR71B7ZoA5rU5uFaM3ym2yzDh60ZoxGEukc--jVD—Dv1ESrwu1uQPoe1ajSDEobO0gQvDbhxaNmoZajkSGnBeipTtWvLm7e9g__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA>. Acesso em: 13 out. 2022.

Araújo, M. E.; Silva, C. E.; Ramos, L. V. A Trajetória da Violência Contra a Mulher Negra no Brasil: Expressões de uma Questão Social, um Debate Necessário para o Serviço Social. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília-DF, (Online). n. 1, ed. 16º, 30 out. 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/997>. Acesso em: 8 out. 2022.

Barbosa, Jeanine Pacheco et al. Interseccionalidade e Violência Contra as Mulheres em Tempos de Pandemia de Covid-19: diálogos e possibilidades. Saúde e Sociedade, Vitória, ES, Brasil, (Online). v. 30, n. 2, 9 jun. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qKZv8sc885rpsqDhwV5YJpF/?lang=pt>>. Acesso em: 8 out. 2022.

Moura, Maria Aparecida Vasconcelos, et al. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. Escola Anna Nery [online]. 2012, v. 16, n. 3, pp. 435-442. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300002>>. Acesso em 12 out. 2022

Ferreira, Patrícia Chatalov et al. Caracterização dos casos de violência contra mulheres. Revista de Enfermagem UFPE online, [S.l.], v. 14, fev. 2020. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243583/34594>>. Acesso em: 12 out. 2022.

Dias, Cristiane Alves; Mendes, Carlos Maurício Cardeal. Perfil sociodemográfico da violência doméstica, sexual e outras, sofrida pelas mulheres em Salvador, no ano de 2014. Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, (Online). v. 18, n. 1, p. 21-26, jan./abr. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/download/30459/19144>>. Acesso em: 12 out. 2022.

Schraiber, Lilia B.; D'oliveira, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface-comunicação, saúde, educação, (Online). v. 3, p. 13-26, 1999. Acesso em 12 out. 2022.

Sampaio, Centro Universitário Doutor Leão; Silva, Geraldo Alves. O Perfil Sociocultural do Ofensor nos Casos de Violência Doméstica e Familiar na Comarca de Juazeiro do Norte: Em época de pandemia (Covid-19), no período de março a junho 2020. (Online). Disponível em: <<https://sis.unileao.edu.br/uploads/3/DIREITO/D699.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2022.

Moroskoski, Márcia et al. Aumento da violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo: uma análise de tendência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 4993-5002, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26suppl3/4993-5002/pt>>. Acesso em: 12 out. 2022.

Carneiro, Jordana Brock et al. Revelando desfechos do cuidado com a mulher em situação de violência conjugal. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2021, v. 34. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001555>>. Acesso em: 12 out. 2022.

Gomes, N. P., Erdmann, A. L., Stulp, K. P., Diniz, N. M. F., Correia, C. M., & Andrade, S. R. D. (2014). Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. *Psicologia USP*, 25, (Online). 63-69. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/j53JvdHqMh3Q6xB4CxCbsQN/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 12 out. 2022.

Bezerra, Amanda Ribeiro; Rodrigues, Zulimar Márita Ribeiro. Violência contra mulheres: o perfil da vítima e do agressor em São Luís-MA. *Revista Do Departamento de Geografia*, (Online). v. 41, p. e176806-e176806, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdg/article/view/176806>>. Acesso em: 12 out. 2022.

Fontoura, I. H.; REIS, S. S. As Consequências da Modalidade “Home Office” às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e Familiar e o Papel do Empregador. *Anais Seminário de Ciências Sociais Aplicadas*, Santa Catarina, SC, Brasil, (Online). v. 7, n. 7, 5 jan. 2022. Disponível em: < <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/seminariocsa/article/view/7049>>. Acesso em: 8 out. 2022.

Sousa, Luana Passos de; Guedes, Dyeggo Rocha. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. *Estudos avançados*, (Online). v. 30, p. 123-139, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/PPDVW47HsgMgGQQCgYYfWgp/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 05 out. 2022

Amorim, Elba Ravane Alves; Barbosa, Maria Yallane; Acioli, Witalo Brenno Martins. Violência Contra Mulher e a Covid-19: Refletindo sobre a pandemia do patriarcado e os principais pontos da Lei 14.022/20. *RP3-Revista de Pesquisa em Políticas Públicas*, (Online). n. 1, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/34789/34403>>. Acesso em: 05 out. 2022.

Andrade, Aline Ricelli; Viegas, Cláudia Mara de Almeida Rabelo; de Souza, Thalita Pereira. O impacto da violência doméstica na vida da mulher que exerce o trabalho remoto em tempos de pandemia de covid-19. *Revista de Estudos Jurídicos UNA*, (Online). v. 8, n. 2, p. 145-160, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/13938/1/Artigo%20Cient%20ADfco%20-%20Aline%20Ricelli%20e%20Thalita%20Graziele%20-%202021.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2022.

Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Equidade de

Gênero em Saúde. *Gênero e Saúde, Brasil*, ano 19, 2019. (Online). Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/equidade-genero-em-saude#:~:text=O%20g%C3%AAnero%20se%20refere%20%C3%A0s,mudar%20ao%20longo%20do%20tempo>>. Acesso em: 7 out. 2022.

Silva, A. F. et al. Elementos constitutivos da masculinidade ensinados/apreendidos na infância e adolescência de homens que estão sendo processados criminalmente por violência contra a mulher/parceira. *Ciência & Saúde Coletiva*, BA, Brasil, (Online). v. 6, ed. 27. 27 mai. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/N5NZMqyRYxh763Fq3pPfgS/?lang=pt>>. Acesso em: 8 out. 2022.

Amaral, Luana Bandeira de Mello et al. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. *Revista Estudos Feministas* [online]. 2016, v. 24, n. 2, pp. 521-540. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p521>>. Acesso em: 13 out. 2022

Ferreira, R. C. Análise da violência contra a mulher a partir da vigilância realizada por serviços sentinela em Fortaleza, Ceará. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, 2010. 75f. (Online). Disponível em: <<http://uol01.unifor.br/oul/conteudosite/F1066343724/Dissertacao.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2022.

da Silva, Lídia Ester Lopes; de Oliveira, Maria Liz Cunha. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* 25 (2) Apr-Jun 2016. (Online). Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/ress/2016.v25n2/331-342/pt/#>>. Acesso em: 13 out. 2022

Mattos, Paulo Roberto; Ribeiro, Ivoney Silva; Camargo, Vania Carla. ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], (Online). v. 17, n. 4, dez. 2012. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30383/19659>>. Acesso em: 13 out. 2022.

Souza, Jhane Rodrigues; Barros, Renata Maria Frascaroli Benevenuto. Crimes contra a mulher: análise de reincidência dos crimes domésticos. 2021. (Online). Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/14164>>. Acesso em: 13 out. 2022

Meira, E. L. de. Os fatores que contribuem para os casos de reincidência da violência doméstica no Centro de Atendimento à Mulher (CAM) do município de Vilhena/RO. *Movimentação*, [S. l.], (Online). v. 7, n. 12, p. 93–105, 2020. Disponível em: <<https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/movimentacao/article/view/10567>>. Acesso em: 13 out. 2022

Brasil. Lei Nº 14.022, de 7 de julho de 2020. Dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e de enfrentamento à violência contra crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo

surto de 2019. Diário Oficial da União, Atos do Poder Legislativo, Brasília, 08 de jul. 2020. Secção 1, p. 3.

Nunes, Mykaella Cristina Antunes, Lima, Rebeca Fernandes Ferreira e Moraes, Normanda Araujo de Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. Psicologia: Ciência e Profissão [online]. 2017, v. 37, n. 04 [Acessado 26 Outubro 2022] , pp. 956-969. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003652016>>. Acesso em: 25 out. 2022

Carnevalle, Claudia Vieira et al. Notificações de violências contra a mulher adulta no Estado de São Paulo em 2014. BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista, v. 16, n. 181, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1023187>>. Acesso em: 25 out.

GRUPO DE GESTANTES: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL

Jorge Rubens de Sá Marcolino¹;

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/5556274144527351>

Juliana Sá Marcolino²;

Faculdade Três Marias (FTM), João Pessoa, Paraíba.

<http://lattes.cnpq.br/4258137278736539>

Guilherme José Spindola Cordeiro³;

Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba (SES-PB), João Pessoa, Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/1373284039190882>

Maria Natividade de Sá Antunes⁴;

Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/0466351255853166>

RESUMO: **Introdução:** O período gravídico é uma fase com modificações hormonais e mecânicas, corroborando com adaptações pessoais e familiares, possuindo maior necessidade de enfatizar as informações verídicas sobre as transformações fisiológicas e patológicas. Diante da alta demanda de gestantes em uma unidade de saúde, houve o intuito de iniciar um grupo para ampliar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços, minimizar e mitigar os riscos para a obtenção do melhor resultado esperado para gestante e feto. **Objetivo:** Descrever a experiência da construção de um grupo focado nas gestantes em uma unidade de saúde da família, em um município das cinco regiões intermediárias do município de Patos, mediante ao instrumento do Arco de Magueres. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. O estudo foi desenvolvido em uma unidade de saúde, no período de abril de 2022 ao mês de janeiro de 2023, mediante o instrumento do Arco de Magueres como abordagem metodológica. **Resultados e Discussão:** O estudo possuiu um total de vinte e cinco gestantes. O grupo de gestantes foi formulado para que fossem realizadas atividades educativas em saúde, elencando os principais temas e sanando as dúvidas da evolução gravídica. Foram realizados encontros mensais, totalizando dez encontros, na unidade de saúde do estudo, por intermédio de ações, debates, relatos de vivências, instruções pelos profissionais de saúde e entrega de materiais informativos. O grupo de gestantes obteve um feedback positivo tanto pelas gestantes quanto pelos profissionais de saúde, pois é um espaço aberto para fortalecimento

de vínculo, compartilhamento de experiências e realização de ações integrativas. **Considerações Finais:** O grupo é mutuamente benéfico, pois obtém o desenvolvimento de atributos nos profissionais de saúde e nas gestantes, contribuindo para a replicação de conhecimento adequado e das experiências de uma forma eficaz, sendo estabelecido como um instrumento educativo em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher. Atividades Educativas. Gestação.

GROUP OF PREGNANT WOMEN: HEALTH EDUCATION IN PRENATAL

ABSTRACT: Introduction: The pregnancy period is a phase with hormonal and mechanical changes, corroborating personal and family adaptations, with a greater need to emphasize truthful information about physiological and pathological changes. Faced with the high demand of pregnant women in a health unit, there was the intention of starting a group to expand access, improve the quality of services, minimize and mitigate the risks to obtain the best expected result for the pregnant woman and the fetus. **Objective:** To describe the experience of building a group focused on pregnant women in a family health unit, in a municipality of the five intermediate regions of the municipality of Patos, using the Arco de Magueres instrument. **Methodology:** This is a descriptive study of the experience report type. The study was carried out in a health unit, from April 2022 to January 2023, using the Arco de Magueres instrument as a methodological approach. **Results and Discussion:** The study had a total of twenty-five pregnant women. The group of pregnant women was formulated so that educational activities in health could be carried out, listing the main themes and solving doubts about the pregnancy evolution. Monthly meetings were held, totaling ten meetings, at the study health unit, through actions, debates, reports of experiences, instructions by health professionals and delivery of information materials. The group of pregnant women received positive feedback from both pregnant women and health professionals, as it is an open space for strengthening bonds, sharing experiences and carrying out integrative actions. **Final Considerations:** The group is mutually beneficial, as it obtains the development of attributes in health professionals and pregnant women, contributing to the replication of adequate knowledge and experiences in an effective way, being established as an educational instrument in health.

KEY-WORDS: Women's Health. Educational Activities. Gestation.

INTRODUÇÃO

O período gravídico é uma fase com muitas adaptações fisiológicas corporais e emocionais na mulher, evoluindo, em sua maioria, sem complicações. Destaca-se que essas modificações ocorrem por fatores hormonais e mecânicos, visando desenvolver adequadamente a gestação. Diante disso, a aceitação materna da gestação resulta em um ambiente semipermeável para o feto, contribuindo para a modulação de uma resposta imunológica eficaz para desenvolver uma gestação saudável (LIMA *et al.*, 2020; MARCOLINO, SOUSA, BESERRA, 2023).

Evidencia-se que a fase gravídica possui como diagnóstico o conjunto entre quadro clínico, hormonal e ultrassonográfico, sendo o último um método de certeza, visto que determina a presença, a localização, a viabilidade (batimentos cardíacos normais) e o número de fetos. Destaca-se que o diagnóstico gestacional clínico é um conjunto de sinais de presunção, de probabilidade e de certeza, que são provenientes da anamnese e do exame físico, norteando a investigação e o protocolo assistencial do pré-natal.

Ademais, as modificações localizadas ocorrem de forma precoce e durante toda a gestação nos órgãos genitais, enquanto que as modificações sistêmicas fornecem o indispensável às demandas do metabolismo, proporcionando a formação dos tecidos e órgãos e fornecendo reservas nutricionais para a vida do neonato. Porém, algumas gestantes evoluem de forma desfavorável devido uma patologia prévia ou pelo desenvolvimento de modificações ou agravos inesperados.

Salienta-se que as mulheres em período gravídico geralmente informam sobre os seus anseios em relação ao período evolutivo gestacional, especialmente quando o período é vivenciado pela primeira vez, contribuindo para o surgimento de questionamentos sobre essa fase. Ademais, é uma fase adaptativa pessoal e familiar para a gestante, possuindo uma maior necessidade de enfatizar as informações verídicas sobre as transformações fisiológicas e patológicas desse período (MARCOLINO, SOUSA, BESERRA, 2023; RIBEIRO *et al.*, 2019).

Portanto, destaca-se que o pré-natal é uma das principais ferramentas para auxílio de resolução de dúvidas, além de assistência à saúde da mulher e fetal, sendo necessária a captação de gestantes para o seu início propício, podendo assim identificar e diagnosticar de forma precoce as alterações e realizar as intervenções terapêuticas necessárias e adequadas em relação às condições que contribuem para vulnerabilidade da saúde do binômio mãe-feto (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Por conseguinte, é imprescindível produzir ações voltadas para os aspectos da vida da gestante, salientando os aspectos biopsicossociais e as metas, pois é um período evolutivo e transicional. Nesse sentido, devem ser acolhidas, obtendo escutas atentas e qualificadas, além de ser garantida a acessibilidade e a resolutividade das suas necessidades, com a implementação de ótimas práticas em saúde.

Diante do contexto e do número elevado de gestantes em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Princesa Isabel, houve o intuito de iniciar um grupo para ampliar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços prestados às gestantes, minimizar e mitigar os riscos para a obtenção do melhor resultado esperado para gestante e feto.

O presente artigo teve como objetivo descrever a experiência da construção de um grupo focado nas gestantes em uma unidade de saúde da família, no município de Princesa Isabel, localizado em uma das cinco regiões intermediárias do município de Patos, mediante ao instrumento do Arco de Maguerez.

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. O estudo foi desempenhado em uma unidade de saúde da família, no município de Princesa Isabel, no estado da Paraíba, no período de abril de dois mil e vinte dois ao mês de janeiro de dois mil e vinte três, mediante a ferramenta do Arco de Maguerez como abordagem metodológica, sendo constituída por cinco etapas: observar a realidade, determinar os pontos-chaves, teorizar, propor as soluções e aplicá-las à realidade (HONG *et al.*, 2021; MARCOLINO, SOUSA, BESERRA, 2023).

Enfatiza-se que a unidade de saúde da família do estudo está localizada em um bairro suburbano, sendo constituída por cinco microáreas, das quais quatro estão localizadas em zona suburbana e uma em zona rural. Nesse sentido, a microárea da zona rural possui ainda quatro sítios, que são atendidos em uma unidade âncora na zona rural. Ressalta-se que a unidade possui uma população de dois mil e setenta indivíduos cadastrados, que em sua maioria, apresenta vulnerabilidade socioeconômica e menor grau de instrução. À medida que a população do estudo é constituída por gestantes nas faixas etárias de dezesseis a quarenta e quatro anos de idade, com aspectos biopsicossociais distintos (BRASIL, 2022).

Para atender toda a população adscrita, a unidade possui uma recepção, uma sala para acolhimento e triagem, uma sala para realização de atividades coletivas, uma sala para realização de swabs nasofaríngeos para Covid-19, uma sala para observação, dois banheiros para pacientes (um masculino e um feminino), um banheiro para funcionários, uma sala de vacinação, um depósito de limpeza, uma sala para realização de curativos, uma sala para dispensação de medicamentos, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala para expurgo, uma sala para esterilização de materiais, uma copa e uma sala administrativa.

Salienta-se que as atividades foram planejadas e executadas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da unidade supracitada, sendo constituída por um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, três residentes multiprofissionais (enfermeira, fonoaudiólogo e médica veterinária), uma gerente, cinco agentes comunitários de saúde, duas técnicas em enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista

e uma auxiliar de serviços gerais, além de ter a participação da representante da Pastoral da Criança do município supracitado.

Diante disso, os encontros do grupo foram realizados na unidade do estudo, especialmente na sala para atividades coletivas. Logo, o grupo obteve uma participação contínua de oitenta e oito por cento (vinte e duas) das gestantes e doze por cento (três) esporadicamente, referindo como principais justificativas para ausência: a indisponibilidade temporária, o exercício de atividade laboral durante o turno da atividade grupal e a residência em microárea rural.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apartir da observação da realidade, verificou-se que a unidade de saúde deste estudo possui vinte e cinco mulheres em período gravídico, um número elevado, em relação às outras unidades de saúde municipais. Evidencia-se ainda que a unidade não possuía um grupo com intuito de discutir temas educativos em saúde para esse público-alvo. Enfatiza-se que havia a limitação de apenas um instrumento informativo disponível na unidade: a consulta pré-natal, preconizada com o número mínimo de seis consultas, pelo Ministério da Saúde, devendo ter o seu início preferencialmente antes da décima segunda semana de gestação, além de ser um indicador do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2022).

Sequencialmente, os pontos-chaves foram definidos, estando associados à ausência de programas educativos no período gravídico, ao número limitado de instrumento na unidade para resolutividade de esclarecimentos gestacionais, à indisponibilidade de ações que proporcionem os relatos de vivências na fase gravídica e a ausência de entendimento pelas gestantes em relação à fisiologia gestacional e aos direitos biopsicossociais.

Por conseguinte, foi realizada a teorização, a partir de pesquisas nas bases eletrônicas SciELO, PubMed e MEDLINE, com as palavras-chaves: saúde da mulher; atividades educativas e gestação em língua portuguesa e *women's health, educational activities* e *gestation* em língua inglesa, com o intuito de analisar elementos que contribuam para esclarecer diferentes características e extrair a significação e contextualização do tema pesquisado. Destaca-se ainda que os dados coletados foram utilizados exclusivamente com finalidade científica.

Posteriormente, foram elencadas ideias que poderiam ser aplicadas à realidade local, tendo sido incluída a elaboração de um espaço grupal para as gestantes, em relação à abordagem de conteúdos educativos em saúde, enfatizando a fisiologia gestacional com as suas repercussões maternas, as recomendações nutricionais, odontológicas e de exercícios físicos (ioga e hidroginástica) indicados para o período (HONG *et al.*, 2021; KOLETZKO *et al.*, 2019; RODRÍGUEZ-BLANQUE *et al.*, 2020).

Destarte, também foram elencados a necessidade da realização de um pré-natal adequado, incluindo o início antes da décima segunda gestacional e a solicitação de sorologias no primeiro e terceiros trimestres, as nocividades do uso de drogas lícitas e ilícitas, as relações sexuais, os direitos na fase gravídica e no pós-parto (licença-maternidade), o pré-natal do parceiro, os sinais indicativos de urgência, a disseminação de informações adaptadas para o respectivo nível instrucional e o fortalecimento do vínculo (LIVRAMENTO *et al.*, 2019; MARCOLINO; SOUSA; BESERRA, 2023; VITORETTI *et al.*, 2019). Destaca-se que foram contempladas como atividades as campanhas que fazem alusão ao grupo gestacional, como o Agosto Dourado e Agosto Lilás, que respectivamente são campanhas para o incentivo à amamentação e combate à violência contra a mulher. (BOTELHO *et al.*, 2019; FLOR *et al.*, 2019; VILAR *et al.*, 2020).

Diante disso, a estratégia de saúde da família é composta por uma equipe multiprofissional, obtendo como uma das atribuições as práticas em saúde que objetivam a sua promoção para públicos gerais e específicos, estando englobado o grupo de atenção às mulheres em período gravídico. Logo, esse grupo é apropriado para a contemplação de eventos multidisciplinares que contribuam para as práticas interdisciplinares através das necessidades e particularidades locais. Salienta-se que possui função terapêutica e pedagógica, fortalecendo o vínculo, que é indispensável para as ações grupais (MARCOLINO; SOUSA; BESERRA, 2023; SOUSA; ALVES; VALVASSORI, 2019).

Aponta-se que o grupo desencadeia uma contribuição positiva para os trabalhadores de saúde da unidade, facilitando o desenvolvimento de algumas características, como o interesse por grupos, elevação de conhecimento na área, empatia pelos membros, comunicação adequada, coerência, identidade pessoal e de coordenação do grupo, ética, flexibilidade, paciência e sintetização, além de construir um saber coletivo (VIVIAN; SILVA; MARRONE, 2020).

Salienta-se que para a efetivação do projeto houve a definição de encontros mensais, na unidade de saúde do presente estudo, através de atividades práticas, diálogos, compartilhamento de vivências, disseminação de informações confiáveis, momentos para sanar questionamentos e disponibilização de objetos instrutivos em saúde. Corroborando para a efetividade do grupo, o turno vespertino de quinta-feira foi elencado para os encontros grupais gestacionais. Outrossim, foram executados dez encontros no decorrer deste estudo.

Figura 1 – Atividade para definição do período gravídico.



Figura 3 – Relatos experienciais pelas gestantes.



Figura 2 – Entrega de recursos para realização da atividade.



Figura 4 – Acompanhamento das atividades pela equipe multiprofissional.



Fonte: Arquivo pessoal, 2022.

As temáticas abordadas foram sugeridas pelas participantes e pactuadas pelo interesse grupal, tendo sido discutidas pelos profissionais de saúde a partir da sua respectiva área, sanando as dúvidas trazidas pelas gestantes. Posteriormente, foram entregues materiais complementares para orientação e realização de dinâmicas para maior integração entre os profissionais com as participantes, além de exercícios adequados para prevenção de disfunções osteomusculares.

Como atividade para fortalecimento do vínculo entre as gestantes, foi realizada uma dinâmica denominada: o significado da gestação, na qual se utilizou de balões, que foram entregues a cada gestante. Cada balão possuía em seu interior um papel com uma respectiva atividade ou um determinado questionamento relacionado à gestação. Após a última gestante receber o balão, foi solicitado que a primeira gestante perfurasse o balão e comunicasse ao grupo o que estava escrito no papel dentro do balão e respondesse o determinado questionamento. A atividade foi realizada de forma sucessiva com cada participante, que consequentemente ocasionou identificação por parte de outras participantes e foram sanadas as dúvidas elencadas no momento do encontro.

Portanto, o grupo teve como intuito fomentar um espaço acolhedor e fortalecedor de vínculo das gestantes com os profissionais de saúde da unidade, para que assim

fossem discutidos os principais tópicos sobre a gestação, dos quais se destacaram o acompanhamento pré-natal e puerperal; o pré-natal do parceiro, visto que um pequeno número de companheiros comparecia às consultas pré-natais, tendo o número sido elevado através do incentivo das atividades do grupo. Foram abordados ainda os sinais e sintomas frequentes no período gravídico, os sinais de alerta na gestação e no período neonatal, as mudanças psicoemocionais, a importância de uma dinâmica familiar adequada, fortalecendo ainda a importância de uma alimentação equilibrada e da realização de atividades físicas, além de orientar sobre a necessidade de cessação de drogas lícitas e ilícitas.

Além disso, foram realizadas dinâmicas e espaços para conversas para que cada gestante compartilhasse os seus sentimentos, as suas expectativas e dúvidas do período gestacional e puerperal. Salienta-se que foram discutidos ainda tópicos que englobam a vacinação da gestante e do bebê, o trabalho na gestação e a organização para o retorno ao trabalho após o término da licença maternidade, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e de arboviroses, a atividade sexual na gravidez e no período puerperal, o parto e as vias do parto, a necessidade do aleitamento materno exclusivo (até os seis meses de idade do bebê), sendo elencado o posicionamento para uma amamentação correta, a frequência das mamadas, cuidados pós-mamadas, fatores facilitadores e dificultantes para a sua realização, além da ordenha manual e mecânica.

Conforme dados de Brasil (2023), a unidade do presente estudo obteve a primeira colocação no índice do Previne Brasil, no município de Princesa Isabel. Enfatiza-se que todos os três indicadores relacionados ao período gravídico foram alcançados neste município, sendo que no terceiro quadrimestre do ano de dois mil e vinte dois, o primeiro indicador (pré-natal com assistência mínima de seis consultas) obteve 77% de alcance (meta de 45%), enquanto o segundo indicador (solicitação de testes para HIV e Sífilis no primeiro e terceiro trimestres) obteve 93% de cumprimento (meta de 60%). Outrossim, o terceiro indicador relacionado à assistência de saúde bucal conseguiu 85%, superando a meta de 60% para este indicador.

No que se refere aos feedbacks dos trabalhadores de saúde, demonstrou -se que o grupo é um instrumento essencial para uma maior ascensão do vínculo com o público-alvo, tornando-se uma estrutura explanatória de bases apropriadas para a coletividade. Houve ainda o estímulo a fim de que as participantes motivem as demais gestantes a participarem dos encontros subsequentes do grupo, pois as gestantes possuem uma boa relação entre si. Ao mesmo tempo que as mulheres em período gravídico manifestaram entusiasmo e determinação, dialogaram sobre os seus aprendizados, saberes e aspirações e obtiveram soluções e aconselhamentos para as suas indicações e cooperaram com o funcionamento das ações nos compromissos mensais do grupo.

CONCLUSÃO

Compreende-se que a efetivação de um grupo de gestantes é muito benéfica para os trabalhadores em saúde e as gestantes, favorecendo inúmeras características, como o cuidado integral ampliado a partir de parâmetros mais humanitários, a escuta qualificada, a melhoria do acesso das usuárias aos serviços de saúde, o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, a elevação do vínculo e a confiança entre ambos e o desenvolvimento da autonomia pelas mulheres em todas as fases da vida.

Portanto, o grupo fortalece o autocuidado ocasionando modificações comportamentais positivas, promovendo a autoestima, contribuindo para a aceitação gestacional, a modificação corporal e uma maior segurança para superação de possíveis adversidades na gestação e no período puerperal, além de desenvolver atitudes através de uma visão interdisciplinar, solidificando como uma estratégia para melhoria da qualidade de vida dessas cidadãs, corroborando com os princípios do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde e demonstrando a eficácia nos resultados do Programa Previnde Brasil.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, D. L. L. *et al.* Odontologia e gestação: a importância do pré-natal odontológico. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 18, n. 2, p. 69 - 77, jul. - dez. 2019. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1376/701>>. Acesso em: 06 mar. 2023.

BRANDÃO, M. G. S. A. *et al.* Educação em saúde como estratégia de qualificação da assistência às gestantes no interior do Ceará. **REAS - Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 9, n. 1, p. 127 - 135, 2020. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2493>>. Acesso em: 06 mar. 2023.

BRASIL. **E-sus Atenção Primária à Saúde**, 2022. Disponível em: <<http://45.168.158.106:8080/acompanhamento-condicoes-saude>>. Acesso em: 07 fev. 2023.

BRASIL. **Painéis de Indicadores da Atenção Primária à Saúde**, 2023. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/isf>>. Acesso em: 31 mar. 2023.

FLOR, R. B. *et al.* Relato de experiência: grupo de apoio ao aleitamento materno do Município de São Gonçalo. **DEMETRA Alimentação, Nutrição e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1 - 15, nov. 2019. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43743>>. Acesso em: 06 mar 2023.

HONG, K. *et al.* Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. **Science Direct**, Amsterdã, v. 34, n. 3, p. 219 - 230, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519220302316>>. Acesso em: 31 mar 2023.

KOLETZKO, B. *et al.* Nutrition During Pregnancy, Lactation and Early Childhood and its Implications for Maternal and Long-Term Child Health: The Early Nutrition Project Recommendations. **Karger Publishers**, Basel, v. 74, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/Abstract/496471>>. Acesso em: 31 mar. 2023.

LIMA, M. M. L. *et al.* Contribuições de um grupo de gestantes e casais grávidos para seus participantes. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/66280/40685>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

LIVRAMENTO, D. V. P. *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/BBmdvmww53KqpSdCrLYJZ5s/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 23 mar 2023.

MARCOLINO, J. R. S.; SOUSA, M. N. A.; BESERRA, A. H. S. Arco de Maguerez: Grupo de Educação em Saúde para Gestantes. In: I MOSTRA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA: O SUS É O NOSSO LUGAR, n. 1, 2022, João Pessoa. **Anais da I Mostra da Escola de Saúde Pública da Paraíba: O SUS é o nosso lugar**. João Pessoa: Escola de Saúde Pública da Paraíba, 2023. P. 161 - 165.

RIBEIRO, S. *et al.* “Bom gestar”: implementação de um grupo para gestantes. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 7, n. 2, p. 263 - 269, 2019. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4979/497959129001/497959129001>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

RODRÍGUEZ-BLANQUE *et al.* Water Exercise and Quality of Life in Pregnancy: A Randomised Clinical Trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph17041288>>. Acesso em: 31 mar. 2023.

SALES, A. K. C. L. *et al.* Educação em saúde na atenção básica para gestantes e puérperas. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologias**, Juazeiro do Norte, v. 7, n. 1, p. 197 - 202, 2019. Disponível: <<https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/660>>. Acesso em: 10 mar. 2023.

VILAR, T. M. *et al.* Educação em saúde e direito: em busca da proteção do aleitamento materno e dos direitos das gestantes em uma maternidade pública. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1552/1407>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

VITORETTI, F. M. *et al.* O pré-natal do parceiro sexual: importância para saúde do homem e da gestante. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 54 - 70, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5470/3513>>. Acesso em: 20 mar. 2023.

VIVIAN, A. G. ; SILVA, A. S.; MARRONE, L. C. P. Perfil sociodemográfico de gestantes de alto risco participantes de grupo interdisciplinar. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 9, p. 71372 - 71379, set. 2020. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/17160/13955>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NA XI REGIONAL DE SAÚDE, PERNAMBUCO, BRASIL, ENTRE 2012 E 2021

Raquel Nascimento Silva¹;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

orcid.org/0000-0001-7629-5798

Larissa Camila de Matos Ferreira Gomes²;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

orcid.org/0000-0002-1166-6946

Paloma Luna Maranhão Conrado³;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

orcid.org/0000-0001-8828-667X

Lídia Pinheiro da Nóbrega⁴;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), Recife, Pernambuco.

orcid.org/0000-0003-2101-0438

Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado⁵;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

orcid.org/0000-0002-4631-0309

Priscila Maria de Barros Rodrigues⁶;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

orcid.org/

Pauliana Valéria Machado Galvão⁷.

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

orcid.org/0000-0002-4418-218X

RESUMO: Objetivo: O estudo objetivou analisar a epidemiologia da sífilis gestacional e congênita, entre 2012 e 2021, na 11ª Regional de Saúde (XI Geres), Pernambuco, Brasil, em reconhecimento do sertão como um espaço de fragilidade nas ofertas dos serviços de saúde. **Métodos:** Os casos de sífilis gestacional e congênita da região e do período escolhidos para o estudo foram obtidos a partir do banco de dados do Sinan, e, em seguida,

submetidos para análise no programa estatístico R versão 4.2.2. **Resultados:** Durante o período indicado, foram notificados 220 casos de sífilis gestacional e 90 casos de sífilis congênita. Mulheres entre 18 e 30 anos, pretas ou pardas e com baixa escolaridade foram as mais vulneráveis à sífilis gestacional. Esquemas de tratamento inadequados ou o não tratamento do parceiro da gestante, são agravos que aumentam as chances de desfecho para a sífilis congênita. **Conclusão:** A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que causa grandes malefícios à gestante e ao concepto. Nesse sentido, é importante potencializar o diagnóstico da doença na Atenção Básica, a partir da aplicação dos testes sorológicos, sobretudo na parcela populacional mais vulnerável. Ademais, é essencial um esquema de tratamento adequado, sendo o único medicamento indicado para gestantes a Penicilina Benzatina.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção Sexualmente Transmissível. Pré-natal. Sertão pernambucano.

GESTATIONAL AND CONGENITAL SYPHILIS IN XI REGIONAL HEALTH, PERNAMBUCO, BRAZIL, BETWEEN 2012 AND 2021

ABSTRACT: Objective: The study aimed to analyze the epidemiology of gestational and congenital syphilis between 2012 and 2021 in the 11th Health Regional Office (XI Geres), Pernambuco, Brazil, in recognition of the hinterland as an area of weakness in the health services offerings. **Methods:** The cases of gestational and congenital syphilis from the region and period chosen for the study were obtained from the Sinan database, and then submitted for analysis in the statistical program R version 4.2.2. **Results:** During the indicated period, 220 cases of gestational syphilis and 90 cases of congenital syphilis were reported. Women aged 18 to 30 years, black or mixed race, and with low education were the most vulnerable to gestational syphilis. Inadequate treatment regimens or non-treatment of the pregnant woman's partner are aggravating factors that increase the chances of congenital syphilis outcome. **Conclusion:** Syphilis is a sexually transmitted infection that causes great harm to pregnant women and their babies. In this sense, it is important to enhance the diagnosis of the disease in Primary Care, from the application of serology tests, especially in the most vulnerable population. Furthermore, an adequate treatment scheme is essential, and the only medication indicated for pregnant women is Benzathine Penicillin.

KEY-WORDS: Sexually transmitted infections. Prenatal care. Pernambuco hinterland.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de caráter progressivo, cujo agente causador é a bactéria espiroqueta, Gram-negativa, *Treponema pallidum*. Além do contato sexual, também é possível a transmissão por via transplacentária (forma congênita da doença). A evolução da sífilis é subdividida em fases, a saber primária, secundária,

latente e terciária (neurossífilis) (BRASIL, 2022a; DOMINGUES *et al*, 2021).

A contaminação do concepto é possível em qualquer uma dessas fases, sobretudo nas iniciais, quando há o aparecimento de lesões que somem espontaneamente após alguns dias. Em um eventual contato com essas lesões, seja no momento do ato sexual ou do parto vaginal — sendo essa outra forma de transmissão da sífilis congênita —, as espiroquetas entram na corrente sanguínea e nos vasos linfáticos do indivíduo de forma imediata (TORRES *et al*, 2022).

Devido à evolução mascarada e silenciosa da doença, muitas pessoas não procuram os serviços de saúde após o desaparecimento das lesões. Logo não têm um diagnóstico, nem são tratadas, dando continuidade à cadeia de transmissão do *T. pallidum* (BRASIL, 2022b).

As consequências da sífilis na gravidez são diversas, incluindo aborto espontâneo, prematuridade, má-formações congênitas e até mesmo a morte da criança, sendo uma das principais causas de morbimortalidade infantil no Brasil (ARAÚJO; SOUZA; BRAGA, 2020). A sífilis congênita é um agravo à saúde evitável se a mãe for diagnosticada e tratada rapidamente. Em virtude disso, é de suma importância a realização de testes sorológicos e a aplicação do tratamento correto durante o pré-natal da Atenção Básica (AB) (DOMINGUES *et al*, 2021).

No Sistema Único de Saúde (SUS), é procedimento padrão aplicar o Teste Rápido (TR), teste do tipo treponêmico, durante o pré-natal da AB, o que ocorre: 1) na primeira consulta, 2) no início do terceiro trimestre da gestação e 3) antes da internação para o parto. A vantagem do TR é a sua fácil execução, geralmente por punção digital, e a velocidade do seu diagnóstico, porém ele apenas indica se o indivíduo já teve a doença, mantendo-se positivo mesmo após a cura (BRASIL, 2022b).

O VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) é o teste não treponêmico mais utilizado no SUS para confirmar o diagnóstico do teste treponêmico, mostrando se há infecção no presente, por meio de titulações (BRASIL, 2022b). Vale ressaltar que casos de reinfecção sempre são possíveis para a sífilis, visto que “os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores” (BRASIL, 2022a). O tratamento é normalmente iniciado quando a gestante é reagente para as duas classes de testes citados.

Em casos de sífilis gestacional, a Penicilina Benzatina é o único medicamento comprovadamente seguro e eficaz para tratar a gestante e o feto, devido à sua capacidade de atravessar a barreira transplacentária (DOMINGUES *et al*, 2021). Nesse sentido, o tratamento oferecido à gestante só é considerado adequado se atender às seguintes recomendações: 1) feito com a Penicilina Benzatina; 2) dose e número de aplicações adequados para o estágio da doença; 3) tratamento concluído ao menos 30 dias antes do parto; 4) parceiro tratado concomitantemente (BRASIL, 2006).

Devido ao aumento das taxas de sífilis no país, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) do Ministério da Saúde (2022) recomenda aplicar o tratamento imediatamente após resultado positivo do TR na consulta pré-natal. Tal conduta aumentaria as chances de adesão ao tratamento e de combate à sífilis congênita no país.

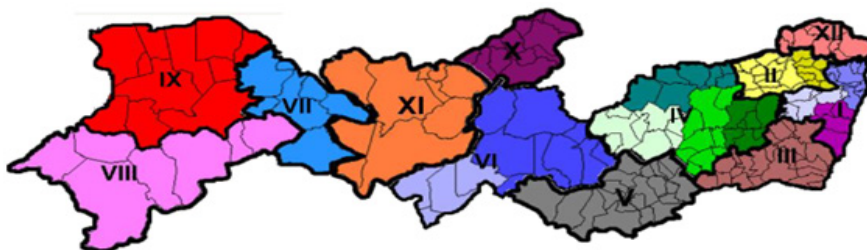
Contudo, na realidade, a espera pelo resultado de outros exames ou a falta de Penicilina Benzatina em algumas unidades da AB — sobretudo em áreas de vulnerabilidade dos serviços de saúde, faz com que a paciente seja encaminhada para outros níveis de atendimento. Como consequência, a gestante deixa de ser assistida pela unidade e é perdida durante esse processo (ARAÚJO; SOUZA; BRAGA, 2020).

Dentro desse contexto da AB, seguindo a estratégia organizacional adotada nacionalmente e com o objetivo de descentralizar os serviços do SUS e aumentar a resolutividade, o estado de Pernambuco subdividiu seu território em 12 regiões de saúde ao longo dos anos.

A 11ª Gerência Regional de Saúde (XI Geres) é formada por dez municípios limítrofes do sertão pernambucano, que compartilham aspectos culturais, econômicos e sociais similares. As cidades que constituem a XI Geres são: Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada (sede) e Triunfo (BRASIL, 2011; PERNAMBUCO, 2011).

Em virtude do aumento das taxas de sífilis gestacional e congênita ao longo dos anos no Brasil, e reconhecendo o sertão como um espaço de fragilidade dos serviços de saúde, o presente estudo objetivou analisar a epidemiologia desses agravos na XI Geres, Pernambuco, Brasil, no período de 2012 a 2021. Espera-se, com isso, trazer informações que auxiliem os gestores dos referidos municípios a adotarem medidas pertinentes para o combate à sífilis nesta área do estado, além de potencializar o pré-natal da AB.

Figura 1: Mapa das 12 regiões de saúde do estado de Pernambuco.



Fonte: PERNAMBUCO, 2011.

METODOLOGIA

Esta foi uma pesquisa epidemiológica quantitativa, aplicada, descritiva e transversal, realizada através dos bancos de dados sobre sífilis gestacional e congênita fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), disponíveis no site DATASUS do Ministério da Saúde.

A população do estudo foi composta por mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional e por crianças diagnosticadas com sífilis congênita, entre os anos de 2012 e 2021, todos residentes em alguma das dez cidades que compõem a XI Geres. Os municípios foram identificados a partir dos códigos dos municípios disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados do Sinan foram submetidos para análise no programa estatístico R, versão 4.2.2. As variáveis utilizadas para o estudo dos casos de sífilis gestacional foram: ano de notificação, município de residência, idade, raça, escolaridade, resultado do teste treponêmico no pré-natal, resultado do teste não treponêmico no pré-natal, trimestre gestacional quando foi diagnosticada, estágio da sífilis na gestante, tratamento oferecido à gestante e se o parceiro foi tratado.

Para o estudo dos casos de sífilis congênita, além da escolha dos anos de notificação, foram utilizadas variáveis referentes à mãe e variáveis referentes à criança. As informações utilizadas sobre a mãe foram: município de residência, idade, raça, escolaridade, se realizou pré-natal durante a gestação, momento do diagnóstico para sífilis, esquema de tratamento oferecido, resultado do teste não treponêmico antes do parto e se o parceiro foi tratado.

As variáveis referentes à criança foram: teste não treponêmico de amostra sanguínea após o nascimento, teste não treponêmico de amostra de líquido, sinais e sintomas dos seguintes agravos: icterícia, rinite muco-sanguinolenta, anemia, esplenomegalia, hepatomegalia, osteocondrite, pseudoparalisia, evolução do caso e diagnóstico final.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período de 2012 a 2021, foram notificados 220 casos de sífilis gestacional e 90 casos de sífilis congênita na região da XI Geres. Os municípios com maior número de casos foram os municípios de maior percentual demográfico, sendo eles, respectivamente: Serra Talhada, Floresta e São José do Belmonte.

No que diz respeito à sífilis gestacional, 53,18% dos casos ocorreram em mulheres entre 18 e 25 anos. A soma das mulheres com oito anos ou menos de escolaridade (até o fundamental II completo) também representou 53,18% dos casos. Pretas e pardas representaram 93,63% das gestantes diagnosticadas com sífilis. Tais características sociodemográficas foram semelhantes aos resultados encontrados por Conceição, Câmara e Pereira (2019) em um município do Maranhão — estado com maior taxa de incidência para sífilis da região Nordeste brasileira.

Quanto ao período gestacional, na ocasião do diagnóstico, não houve diferença significativa entre os trimestres, visto que 34,09% das mulheres foram diagnosticadas no terceiro trimestre gestacional, 33,63% no primeiro e 31,36% no segundo. Isso demonstra a importância da realização de testes rápidos para sífilis regularmente ao longo do pré-natal na AB (BRASIL, 2022b).

Quanto ao resultado dos testes sorológicos, não houve grande discrepância entre os resultados dos testes treponêmicos e testes não treponêmicos, sendo o primeiro reagente para 81,81% dos casos, enquanto o segundo para 91,36%. Esse dado confirma a possibilidade, de acordo com o PCDT-IST do Ministério da Saúde (2022), de dar início ao tratamento antes mesmo do resultado do segundo teste diagnóstico (teste não treponêmico).

A maioria das gestantes (40,45%) foram diagnosticadas ainda no estágio primário da sífilis, o que pode estar relacionado ao aparecimento de sintomas durante as fases iniciais da infecção. 89,53% das mulheres, diagnosticadas com sífilis gestacional na XI Geres, receberam tratamento com a Penicilina Benzatina, enquanto somente 28,63% dos parceiros dessas mulheres foram tratados. Vale lembrar que o não tratamento do parceiro é fator de risco para nova contaminação, mesmo que a gestante seja tratada.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres notificadas com sífilis gestacional, entre 2012 e 2021, na XI Geres.

Variáveis	N	%
Município de residência		
Betânia	8	3,63
Calumbi	2	0,90
Carnaubeira da Penha	8	3,63
Flores	6	2,72
Floresta	43	19,54
Itacuruba	7	3,18
Santa Cruz da Baixa Verde	22	10
São José do Belmonte	23	10,45
Serra Talhada	116	52,72
Triunfo	5	2,27
Faixa etária		
13 a 17 anos	33	15,00
18 a 25 anos	117	53,18
26 a 30 anos	44	20,00
31 a 35 anos	21	9,54
36 a 40 anos	4	1,81
41 a 45 anos	1	0,45
Raça		
Amarelo	1	0,45
Branco	5	2,27
Indígena	2	0,90
Pardo	194	88,18

Preto	12	5,45
Ignorado	6	2,72
Escolaridade		
Analfabeto	3	1,36
Ensino Fundamental I Incompleto	6	2,72
Ensino Fundamental I Completo	7	3,18
Ensino Fundamental II Incompleto	36	16,63
Ensino Fundamental II Completo	65	29,54
Ensino Médio Incompleto	28	12,72
Ensino Médio Completo	40	18,18
Ensino Superior Incompleto	4	1,81
Ensino Superior Completo	3	1,36
Ignorado	28	12,72
Teste treponêmico no pré-natal		
Reagente	180	81,81
Não reagente	8	8,18
Não realizado	19	8,63
Ignorado	13	5,90
Teste não treponêmico no pré-natal		
	N	%
Reagente	201	91,36
Não reagente	4	1,81
Não realizado	9	4,09
Ignorado	6	2,72
Trimestre gestacional do diagnóstico		
Primeiro	74	33,63
Segundo	69	31,36
Terceiro	75	34,09
Ignorado	2	0,90
Estágio da sífilis na gestante		
Primário	89	40,45
Secundário	15	6,81
Terciário	12	5,45
Latente	61	27,72
Ignorado	43	19,54
Tratamento oferecido à gestante		
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	82	37,27
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	12	5,45
Penicilina G benzatina 7.200.000UI	103	46,81
Outro esquema	7	3,18
Não realizado	9	4,09
Ignorado	7	3,18
Parceiro foi tratado		
Sim	63	28,63
Não	84	38,18
Ignorado	73	33,18
Total	220	100%

Fonte: Sinan, DATASUS.

Quanto às características das mães de crianças diagnosticadas com sífilis congênita, 54,44% pertenciam à faixa dos 18 aos 25 anos; 63,33% tinham oito anos ou menos de escolaridade; e 90% eram pretas ou pardas. Esse perfil social equivale à maioria das mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional, características também encontradas em estudos anteriores realizados em outros estados, revelando uma tendência nacional de desigualdade (MORAIS, 2019).

A maioria das mães de crianças com sífilis congênita (87,77%) realizaram o pré-natal, sendo que 51,11% foram diagnosticadas para a sífilis durante o pré-natal; 34,44%, no momento do parto; e 14,44%, após o parto. Quanto à qualidade do tratamento oferecido à essas gestantes, 65,55% foram tratadas de forma inadequada, e apenas 16,66% dos parceiros das mães de crianças com sífilis congênita foram tratados.

Na região da XI Geres, 89,53% das mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional foram tratadas com Penicilina Benzatina, única medicação considerada adequada para tratar gestantes. A maioria das mães de crianças com sífilis congênita tiveram um esquema de tratamento considerado inadequado, demonstrando a importância desse medicamento para evitar esse desfecho.

Dentre outras razões para que o esquema de tratamento seja considerado inadequado, destaca-se o descumprimento de outros requisitos, como, por exemplo, ter concluído o esquema de tratamento em até 30 dias antes do parto e o parceiro ter sido tratado concomitantemente (BRASIL, 2006). Tais hipótese são plausíveis, levando em consideração que a maioria dessas mulheres foram diagnosticadas por ocasião do parto e não tiveram seus parceiros tratados.

Ademais, os seguintes sinais e sintomas foram identificados em algumas crianças diagnosticadas com sífilis congênita na XI Geres: icterícia; anemia; hepatomegalia; esplenomegalia; osteocondrite e pseudoparalisia. Quanto à evolução do caso, 3 crianças morreram por sífilis congênita e 4 nasceram natimortos. Esses resultados confirmam a gravidade desta patologia em crianças ainda em estágio de desenvolvimento.

Tabela 2: Variáveis sociodemográficas e clínicas das mães e das crianças notificadas com sífilis congênita, entre 2012 e 2021, na XI GERES.

Variáveis	N	%
Município de residência da mãe		
Betânia	6	6,66
Calumbi	2	2,22
Carnaubeira da Penha	2	2,22
Flores	6	6,66
Floresta	21	23,33
Itacuruba	2	2,22
Santa Cruz da Baixa Verde	3	3,33
São José do Belmonte	7	7,77

Serra Talhada	39	43,33
Triunfo	2	2,22
Faixa etária da mãe		
13 a 17 anos	9	10,00
18 a 25 anos	49	54,44
26 a 30 anos	19	21,11
31 a 35 anos	11	12,22
36 a 40 anos	1	1,11
41 a 45 anos	1	1,11
Raça da mãe		
Branco	6	6,66
Pardo	78	86,66
Preto	3	3,33
Ignorado	3	3,33
Escolaridade da mãe		
Ensino Fundamental I Incompleto	10	11,11
Ensino Fundamental I Completo	3	3,33
Ensino Fundamental II Incompleto	21	23,33
Ensino Fundamental II Completo	7	7,77
Ensino Médio Incompleto	12	13,33
Ensino Médio Completo	20	22,22
Ensino Superior Completo	1	1,11
Ignorado	17	18,88
Realizou pré-natal na gestação		
Sim	79	87,77
Não	8	8,88
Ignorado	3	3,33
Diagnóstico de sífilis materna		
Durante o pré-natal	46	51,11
No momento do parto/curetagem	31	34,44
Após o parto	13	14,44
Tratamento oferecido à gestante		
	N	%
Adequado	4	4,44
Inadequado	59	65,55
Não realizado	5	5,55
Ignorado	22	24,44
Teste não treponêmico antes do parto		
Reagente	76	84,44
Não reagente	3	3,33
Não realizado	5	5,55
Ignorado	6	6,66
Parceiro foi tratado		
Sim	15	16,66
Não	47	52,22
Ignorado	28	31,11
Teste não treponêmico do sangue da criança		
Reagente	64	71,11
Não reagente	7	7,77

Não realizado	11	12,22
Ignorado	8	8,88
Teste não treponêmico do líquido da criança		
Reagente	4	4,44
Não reagente	8	8,88
Não realizado	57	63,33
Ignorado	21	23,33
Sinais e sintomas de icterícia		
Sim	17	18,88
Não	52	57,77
Não se aplica	5	5,55
Ignorado	16	17,77
Sinais e sintomas de rinite muco-sanguinolenta		
Não	69	76,66
Não se aplica	5	5,55
Ignorado	16	17,77
Sinais e sintomas de anemia		
Sim	3	3,33
Não	66	73,33
Não se aplica	5	5,55
Ignorado	16	17,77
Total		
Sinais e sintomas de esplenomegalia		
Sim	2	2,22
Não	67	74,44
Não se aplica	5	5,55
Ignorado	16	17,77
Sinais e sintomas de hepatomegalia		
Sim	3	3,33
Não	66	73,33
Não se aplica	5	5,55
Ignorado	16	17,77
Sinais e sintomas de osteocondrite		
Sim	2	2,22
Não	67	74,77
Não se aplica	5	5,55
Ignorado	6	6,66
Sinais e sintomas de pseudoparalisia		
Sim	1	1,11
Não	68	75,55
Não se aplica	5	5,55
Ignorado	16	17,77
Evolução do caso		
Vivo	75	83,33
Óbito por sífilis congênita	3	3,33
Natimorto	4	4,44
Ignorado	8	8,88
Diagnóstico final		

Sífilis congênita recente	86	95,55
Natimorto	4	4,44
Total	90	100

Fonte: Sinan, DATASUS.

CONCLUSÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que causa grande malefício à saúde da gestante e do concepto, sendo um grave fator de morbimortalidade infantil. Posto isso, requer da Atenção Básica potencializar o combate à essa doença.

Na XI Geres, os testes treponêmicos e não treponêmicos demonstraram boa sensibilidade para a identificação do *T. pallidum*, sendo importante reforçar a aplicação dos testes sorológicos ao longo do pré-natal, principalmente na parcela populacional mais vulnerável, uma vez que muitas mães de crianças diagnosticadas com sífilis congênita tiveram um diagnóstico tardio.

Além do diagnóstico, é necessário aplicar o tratamento de forma adequada para que o combate à sífilis gestacional e congênita seja eficaz, sendo o único medicamento indicado para gestantes a Penicilina Benzatina. Ademais, é de suma importância o tratamento dos parceiros sexuais, a fim de evitar uma reinfecção das gestantes.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Rachel Sarmeyro; SOUZA, Ana Sara Semeão de; BRAGA, José Ueleres. **A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017?** Rio de Janeiro: Rev. Saude. Publica, 2020.

BRASIL. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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, planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico].** 5. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

CONCEIÇÃO, Hayla Nunes de; CÂMARA, Joseneide Teixeira; PEREIRA, Beatriz Mourão. **Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita**. Rio de Janeiro: Saúde Debate, 2019.

DOMINGUES, Carmen Sílvia Bruniera *et al.* **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis**. Brasília: Epidemiol. Serv. Saude, 2021.

MORAIS, Tatiane Ribeiro de *et al.* **Interseccionalidades em Saúde: Predomínio de Sífilis Gestacional em Mulheres Negras e Pardas no Brasil**. Local: Id on Line Rev. Mult. Psic., 2019.

PERNAMBUCO (Estado). **Plano Diretor de Regionalização**. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2011.

TORRES, Paula Marília Afonso *et al.* **Fatores associados ao tratamento inadequado da sífilis na gestação: revisão integrativa**. São Paulo: Rev. Bras. Enferm., 2022.

SUICÍDIO EM TRABALHADORES E DISCENTES DE SAÚDE

Jorge Rubens de Sá Marcolino¹;

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/5556274144527351>

Maria Natividade de Sá Antunes²;

Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/0466351255853166>

Juliana Sá Marcolino³;

Faculdade Três Marias (FTM), João Pessoa, Paraíba.

<http://lattes.cnpq.br/4258137278736539>

Bruno Rodrigo de Sá Marcolino⁴;

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/9933535316847435>

Guilherme José Spindola Cordeiro⁵;

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), João Pessoa, Paraíba.

<http://lattes.cnpq.br/1373284039190882>

Jefferson Meira Pires⁶;

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/8349546493584747>

Florentino Andrade Melo Junior⁷;

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

<https://orcid.org/0009-0006-0089-4763>

Ernestina Domingues Cardoso⁸;

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Vitória da Conquista, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/1263848826535894>

Anderson Fábio Moura Weiber⁹;

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/3630246929982508>

RESUMO: Introdução: O suicídio é um ato multifatorial que possui como objetivo a retirada da própria vida, tendo crescido numericamente nos últimos anos. Esse crescimento é mais elevado em jovens e idosos. Além disso, o suicídio é resultado de pressões externas e de outros fatores biopsicossociais que afetam a vida dos indivíduos. Em relação às profissões e às graduações, uma das áreas com maior taxa de tentativa de suicídio e de autoextermínio é a área da saúde, a qual inclui desde os graduandos de mais de vinte cursos de ensino superior até os seus profissionais. **Objetivos:** O presente estudo possui como objetivo construir uma revisão integrativa de literatura, analisando os fatores desencadeantes do suicídio nos trabalhadores e discentes de saúde, com base em uma análise de artigos científicos sobre o tema. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados LILACS, MEDLINE e SciELO com os descritores “autolesão”, “hospital” e “universidade” entre os anos 2018 e 2023 em língua portuguesa e inglesa. **Resultados e Discussão:** Diante dos resultados, foi possível verificar que os trabalhadores em saúde apresentam taxas de suicídios e tentativas suicidas maiores do que as da população geral, tendo como principais causas as ideações suicidas anteriores, os transtornos psiquiátricos, como os depressivos, os por abuso de substância, a Síndrome de Burnout e os sofrimentos relacionados à profissão e graduação (cargas excessivas de estudo e trabalho, sobrecarga de informações e distúrbios de sono). **Considerações Finais:** A prevenção do suicídio é indispensável, assim como o tratamento das suas condições desencadeantes. Verifica-se a necessidade de acompanhamento da população do estudo por profissionais de saúde mental. Enfatiza-se que são necessários maiores estudos que visem propostas de intervenção nos profissionais e estudantes de saúde no que se refere ao suicídio.

PALAVRAS-CHAVE: Autolesão. Hospital. Universidade.

SUICIDE IN HEALTH WORKERS AND STUDENTS

ABSTRACT: Introduction: Suicide is a multifactorial act that aims to take one's own life, having grown numerically in recent years. This growth is higher in young and old. In addition, suicide is the result of external pressures and other biopsychosocial factors that affect individuals' lives. Regarding professions and degrees, one of the areas with the highest rate of suicide attempts and self-extermination is the health area, which includes students from more than twenty higher education courses and professionals. **Objectives:** This study aims to build an integrative literature review, analyzing the triggering factors of suicide in health workers and students, based on an analysis of scientific articles on the subject. **Methodology:** A search was carried out in the LILACS, MEDLINE and SciELO databases with the descriptors “self-injury”, “hospital” and “university” between the years 2018 and 2023 in Portuguese and English. **Results and Discussion:** In view of the results, it was possible to verify that health workers have higher rates of suicide and suicide attempts than the general population, with the main causes being previous suicidal ideations, psychiatric

disorders, such as depression, substance abuse, the Burnout Syndrome and the suffering related to the profession and graduation (excessive study and work loads, information overload and sleep disorders). **Final Considerations:** Suicide prevention is essential, as is the treatment of its triggering conditions. There is a need for monitoring of the study population by mental health professionals. It is emphasized that further studies are needed aimed at intervention proposals in health professionals and students with regard to suicide.

KEY-WORDS: Self-injury. Hospital. University.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno humano complexo e universal que possui uma etiologia multifatorial, resultando em sofrimento na vida dos indivíduos acometidos, dos seus familiares e amigos, além da comunidade em geral. Nos últimos anos houve um acréscimo na sua taxa, principalmente no que diz respeito aos jovens de quinze a vinte e nove anos. Cerca de um milhão de pessoas possuem como causa de óbito alguma lesão provocada intencionalmente.

Ressalta-se que os diversos fatores de risco aumentam a vulnerabilidade ao suicídio. Nesse sentido, os fatores psicobiológicos, socioeconômicos e culturais são os principais fatores desencadeantes. Outrossim, os transtornos mentais, o abuso de substâncias nocivas, as relações conflituosas familiares e sociais, as dificuldades socioeconômicas, os atos violentos e as dificuldades aos cuidados de saúde são alguns dos fatores mais relacionados ao comportamento suicida.

No que se refere à área das profissões mais vulneráveis ao suicídio, a saúde é uma das principais áreas implicadas, tanto em relação aos profissionais como aos graduandos, principalmente pela maior facilidade de acesso aos meios para o suicídio. Outros fatores que estão relacionados são a frustração profissional e acadêmica, o ambiente estressante, o setor, a dinâmica de trabalho, a falta de reconhecimento profissional, os prejuízos acadêmicos, a falta de suporte mental, o sofrimento psíquico, o convívio com o sofrimento humano e o despreparo em relação ao sofrimento do paciente pela grande necessidade emocional e de cuidados.

Diante disso, a identificação dos fatores de risco individuais que estimulam o suicídio é de suma importância para explicar a opção do indivíduo. Por isso, é necessário conhecer as especificidades dos indivíduos, pois assim será possível promover ações de proteção e prevenção. Nesse sentido, a prevenção do suicídio é extremamente necessária, sendo uma função indispensável dos profissionais que estão acompanhando um determinado caso propenso ao ato suicida. Salienta-se que mais de dois terços não estão em tratamento quando cometem o suicídio, além de apresentar relutância em ter acesso a serviços de saúde mental, mesmo com elevados índices de ansiedade e depressão, demonstrando assim a grande necessidade de informações e tratamento para o quadro psiquiátrico

(CASTELO *et al.*, 2020).

Sendo assim, este estudo possui como objetivo analisar os fatores desencadeantes do suicídio em profissionais e estudantes na área da saúde, além de verificar a relação de transtornos psiquiátricos e suicídio nos acadêmicos e profissionais em saúde e compreender o impacto do uso de substâncias lícitas e ilícitas na saúde mental dos acadêmicos e profissionais de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

O suicídio é um problema de saúde pública, sendo uma morte autoprovocada, devido à etiologia complexa e multifatorial, não existindo uma única causa ou razão. É resultado de uma interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, estando relacionado principalmente aos transtornos mentais. Ainda assim, a maioria dos suicídios pode ser evitada (MEIRA *et al.*, 2020; MELEIRO; CORREA, 2021; RUIZ, SADOCK, B.; SADOCK, V.; 2017).

Enfatiza-se que existe distinção entre pensar em suicídio e realmente executá-lo. Alguns indivíduos planejam durante anos para realmente executar um suicídio, enquanto outros o traduzem em ação em consequência a algum impulso. Logo, é possível identificar os seus indícios através dos fatores de risco (MEIRA *et al.*, 2020; MELEIRO; CORREA, 2021; RUIZ, SADOCK, B.; SADOCK, V.; 2017).

Em relação às profissões e graduações, os trabalhadores e discentes de saúde são suscetíveis aos transtornos psíquicos, pelo fato de lidar frequentemente com a vida, a dor e a morte dos indivíduos sob seus cuidados e com as cobranças dos seus familiares. Muitas vezes, a jornada desses trabalhadores e discentes é extensa, com diversos fatores estressantes e que perturbam a tranquilidade, exigindo assim grande responsabilidade e uma rápida tomada de decisão quando existe um ser humano em estado de emergência aos seus cuidados (ABREU *et al.*, 2017)

Em profissionais e estudantes de saúde existem ainda dois agravantes: o suicídio desses indivíduos e do paciente, ocasionando um maior fator de risco, especialmente para os profissionais de saúde mental, como psiquiatras e psicólogos. Outrossim, a perda de um paciente desta forma é uma situação considerada perturbadora. Esses profissionais reagem com negação, tristeza, raiva, culpa, descrença, angústia, sentimento de fracasso e o medo de acusações. Ademais, as profissionais do sexo feminino geralmente possuem uma maior tendência a se responsabilizar pelo suicídio do seu paciente, atribuindo a alguma atitude que deveriam ter realizado (RUIZ, SADOCK, B.; SADOCK, V.; 2017).

Outro fator que contribui para o suicídio em profissionais de saúde é a Síndrome de Burnout, que é definida como uma condição experimentada por profissionais que desempenham atividades em que está envolvido um alto grau de contato com outras pessoas. Logo, é uma resposta de estresse emocional crônico intermitente, sendo que

nos profissionais da área de saúde é composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais. (ABREU *et al.*, 2017; MELEIRO; CORREA, 2021).

Todos esses fatores, associados ou não, podem influenciar ainda os serviços prestados na atenção à saúde por parte dos profissionais e o desempenho acadêmico por parte dos estudantes. É necessário considerar a saúde e a qualidade de vida dos profissionais e estudantes de saúde, tendo em vista que a sua prática profissional ou acadêmica ocorre em realidades complexas, relações humanas mais diversas, em ter que lidar cotidianamente com diferentes exigências, defrontando-se com fatores que podem produzir risco para a depressão e o suicídio, e que contribuem para o adoecimento e comprometem a realização plena do cuidado (ABREU *et al.*, 2017; MELEIRO; CORREA, 2021).

METODOLOGIA

A metodologia escolhida para este estudo foi uma revisão integrativa de literatura, uma vez que ela apresenta a síntese de múltiplos artigos científicos. Assim, possibilita considerações finais sobre o suicídio em trabalhadores e discentes de saúde, ideação suicida e fatores associados, contribuindo para o aprofundamento e a difusão do conhecimento. Destaca-se que foi realizada uma busca nos bancos de dados das bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), com os descritores em língua portuguesa: autolesão, hospital e universidade, e em língua inglesa: *self-injury*, *hospital* e *university*.

Forem considerados como relevantes para esta pesquisa os artigos que levaram em conta fatores associados e de prevalência do suicídio em trabalhadores e discentes de saúde.

Os critérios de seleção e inclusão para a revisão foram definidos como:

- a) base para inclusão: documentos com abordagem qualitativa e/ou quantitativa, exploratória, descritiva, relatos de experiência e estudo de caso; documentos disponíveis eletronicamente; estudos abrangendo os transtornos mais comuns que resultam em suicídio como depressão, esquizofrenia, alcoolismo, doenças físicas incuráveis/intratáveis e problemas econômicos graves;
- b) base para exclusão: abrangência de tema considerado irrelevante para esta pesquisa;
- c) descritores: autolesão, hospital e universidade em língua portuguesa e *self-injury*, *hospital* e *university* em língua inglesa;
- d) cronologia dos estudos: trabalhos publicados entre 2018 e 2023;
- e) idiomas dos documentos pesquisados: língua portuguesa e língua inglesa;
- f) delimitador: escassez de estudos/pesquisas que abordam sobre os fatores que desencadeiam o suicídio em trabalhadores e discentes de saúde.

No que diz respeito às variáveis, foram analisados o sexo, a idade, o curso, a profissão, o estado civil, a classe socioeconômica, a presença de patologia mental e os casos que estavam em tratamento, a raça/etnia e a religião. Nesse sentido, foi verificado como essas variáveis se constituem como fatores de risco para ideação suicida e para o suicídio em discentes e trabalhadores de saúde.

Para a análise de dados, foi realizada a verificação de conteúdo da literatura pesquisada, contribuindo para esclarecer distintas características e extrair a significação do tema pesquisado.

A pesquisa foi realizada em três etapas: a primeira e a segunda consistem, respectivamente, na triagem de títulos e resumos, sendo excluídos os que não se adequaram à temática analisada e os que apresentavam duplicidade nas distintas bases de dados. Após essas duas triagens, os artigos selecionados foram lidos integralmente para a construção deste trabalho.

Houve o comprometimento em citar os autores utilizados no estudo, respeitando a norma brasileira regulamentadora 6023 que dispõe sobre os elementos a serem incluídos e orienta a complicação e produção de referências. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente com finalidade científica.

RESULTADOS

Com base na pesquisa bibliográfica, foram selecionados onze artigos com a finalidade desta revisão integrativa, conforme exemplificados no Quadro 1. Enfatiza-se que as etapas de seleção dos artigos com os seus respectivos resultados estão representados na Tabela

Entre os artigos selecionados para leitura completa, as principais temáticas encontradas foram as taxas de ideações suicidas e do suicídio em discentes e trabalhadores de saúde, principalmente nas áreas de medicina, enfermagem, farmácia, nutrição, educação física, fonoaudiologia e psicologia. Além disso, foram abordados os fatores de risco apresentados para o comportamento suicida nestas populações e prevenção do comportamento suicida. Assim, a exposição dos dados foi organizada nas categorias do Quadro 1.

Tabela 1: Etapas de seleção dos artigos para a revisão integrativa de literatura

Base de dados	Total de artigos captados	Primeira etapa: exclusão por título, ano e resumo	Segunda etapa: exclusão por duplicidade	Terceira etapa: leitura na íntegra
LILACS	48	35	09	04
MEDLINE	18	13	01	04
SCIELO	34	28	03	03
Total	100	76	13	11

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

Quadro 1: Artigos captados para revisão integrativa de literatura

Título do trabalho	Autor/Autores	Ano	País	Tipo de Estudo/ Desenho
Prevenção do suicídio: vivências de estudantes universitários	Campos, Luana Ruth Braga <i>et al.</i>	2020	Brasil/Colômbia	Estudo qualitativo
Caracterização da ideação suicida em estudantes universitários	Barbosa, João Gabriel <i>et al.</i>	2018	Brasil	Revisão sistemática de literatura
Intervenções Mindfulness e redução de Burnout em estudantes universitários: revisão de literatura	Leal, Ana Borgas; Pimenta, Filipa.	2018	Portugal	Revisão de literatura
Student Pharmacists' Attitudes Toward Suicide and the Perceived Role of Community Pharmacists in Suicidal Ideation Assessment	Gillette, Chris; Mospan, Cortney Marie.	2020	Estados Unidos	Estudo quantitativo
In their own words: stressors facing medical students in the millennial generation	Goicochea, Shelby; Hill, Monica R.; Merlo, Lisa J.	2018	Estados Unidos	Estudo qualitativo
Níveis de Burnout e bem-estar de estudantes de medicina: um estudo transversal	Cazolari, Priscila Gadelha <i>et al.</i>	2020	Brasil	Estudo descritivo quantitativo transversal
Avaliação do comportamento suicida em estudantes de Medicina	Sol, Érika Gonçalves Loureiro <i>et al.</i>	2021	Brasil	Estudo seccional
Risco de suicídio entre acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública	Ferreira, Diego da Silva <i>et al.</i>	2023	Brasil/Guiné-Bissau/ Angola/Cabo Verde/ São Tomé e Príncipe/ Moçambique	Estudo quantitativo transversal
Relación de variables sociodemográficas con niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios	Arntz, Jenny <i>et al.</i>	2022	Chile	Estudo descritivo quantitativo seccional
Histórias de vidas de universitários e uso de substâncias psicoativas	Pucci, Adriane de Oliveira Viana; Polli, Gislei Mocelin.	2022	Brasil	Estudo descritivo qualitativo transversal
Influences analysis of physical exercise on college students' satisfaction and its psychological mechanism	Hou, Qingyun.	2023	China	Estudo quantitativo

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

Ideação suicida, o suicídio e os seus fatores desencadeantes nos discentes e trabalhadores de saúde

Revisões de literatura e estudos originais de literatura que abordam sobre o suicídio em discentes e trabalhadores de saúde identificam que as taxas de ideação suicida e de suicídio nessas populações são mais elevadas do que as da população geral, de outros grupos acadêmicos e de outras profissões, podendo apresentar uma taxa cinco vezes superior.

Nesse contexto, Ferreira *et al.* (2023) realizaram uma pesquisa com 192 estudantes de enfermagem, em uma universidade pública internacional, e constataram que 28,6% dos participantes apresentaram ideação suicida e informaram que não existe fator protetor de natureza religiosa para evitar essa ideação. Outrossim, Sol *et al.* (2021) realizaram uma pesquisa com 296 discentes do curso de medicina e obtiveram como resultado que 27,7% desses estudantes possuíam ideação suicida, 12,5% plano suicida e 5,7% relataram tentativa suicida em algum momento.

Além disso, Barbosa *et al.* (2018) relataram que aproximadamente 12,6% dos estudantes afirmaram no seu estudo ter desejo de morrer e 5,5% relataram ter alguma atitude que resultasse no próprio suicídio. Esses dados comprovam que alguns jovens universitários possuem o desejo de morrer. A partir desses valores, foi constatada que a prevalência de ideação suicida é preocupante em jovens universitários.

Pucci e Polli (2022) relatam que o consumo de bebidas alcoólicas é elevado em graduandos. As autoras realizaram uma pesquisa com 15 participantes, dos quais 06 estavam matriculados em graduações da área de saúde (psicologia, educação física e enfermagem), sendo que todos fizeram uso de bebida alcoólica em algum momento durante a graduação, podendo esse índice alcançar 100% de uso contínuo, a depender do estudo analisado.

Cazolari *et al.* (2020) enfatizam que os índices de estresse, ansiedade, depressão e Burnout são mais elevados nos discentes de medicina quando comparados com as demais áreas de graduação, contribuindo ainda para a desumanização, pico da exaustão emocional e diminuição da realização profissional ao longo dos anos. Enquanto que Arntz *et al.* (2022) realizaram um estudo com discentes de enfermagem, educação física, nutrição e fonoaudiologia e constataram que os níveis de depressão, ansiedade e estresse são elevados nessas populações, com taxas, respectivamente, de 31,33%, 54,82% e 47,59%, contribuindo diretamente para ideação, planejamento e suicídio.

Nesse sentido, Goicochea, Hill e Merlo (2020) enfatizam que os graduandos em medicina apresentam outros estressores que podem resultar em suicídio, dentre os quais também podem ser destacados a falta ou diminuição de empatia, pensamentos sérios sobre abandono da faculdade de medicina, baixo desempenho acadêmico, sofrimento somático e esgotamento. A carga de trabalho acadêmica, os hábitos inadequados de estudos, as poucas habilidades de gerenciamento de tempo, a competição com outros graduandos,

o tempo gasto no deslocamento para aulas e estágios, os conflitos no equilíbrio entre vida profissional e pessoal, o gerenciamento de relacionamento romântico, as demandas financeiras, a condição psiquiátrica/psicológica, outra condição médica e a exposição ao sofrimento humano também são aspectos relatados na etiologia do suicídio ou tentativa em estudantes de medicina.

Prevenção e Tratamento dos Fatores Desencadeantes do Suicídio

É necessário que o suicídio seja reconhecido como um problema de saúde pública e tenha recursos destinados para a sua prevenção, para melhorar a qualidade de vida de uma grande quantidade de indivíduos. Logo, para evitar o risco de tentativas e do suicídio, Castelo *et al.* (2020) relataram que o apoio psicológico e familiar, durante a graduação e ao iniciar a profissão, é essencial para que o jovem descubra suas aptidões e oportunidades, pois é fundamental atravessar essa fase da vida de maneira saudável. Tratamentos específicos devem ser considerados para aqueles que experimentam depressão ou outro transtorno mental nessa fase. A universidade, a comunidade e a família devem estar sempre atentas nesse sentido.

Corroborando com esses aspectos, Campos *et al.* (2020) relataram a importância de um projeto de intervenção voltado para um maior conhecimento dos graduandos de cursos de saúde sobre a prevenção do suicídio, além da importância da roda de conversa, discussão e reflexão de um tema tão importante, que ainda é considerado um tabu para a sociedade. Enquanto que Gillette e Mospan (2020) afirmaram que os cursos eletivos de saúde mental e as intervenções anti-estigmas melhoram a percepção dos graduandos em relação aos transtornos mentais e, conseqüentemente, ao suicídio. Hou (2023) salienta que o exercício físico contribui para redução dos níveis de estresse, promove o desenvolvimento adequado da saúde mental e a satisfação pessoal dos universitários.

No que tange à Síndrome de Burnout, Leal e Pimenta (2018) preconizam como medida para prevenção a Técnica Mindfulness (atenção plena), que é definida como a consciência que emerge em prestar atenção, de forma intencional e sem julgamento à experiência presente, momento a momento. Ressalta-se que as intervenções baseadas em meditação Mindfulness resultam em diminuição do Burnout em estudantes universitários.

DISCUSSÃO

Apesar da grande relevância do tema, o suicídio ainda é um tema pouco discutido na sociedade. Os profissionais de saúde desde cedo, inclusive durante o período da graduação, têm que lidar com a morte e evitá-la, constituindo assim um grande desafio, tanto emocional quanto físico. O ideal de sempre evitar a morte pode contribuir com a não discussão do suicídio, que está presente em todos os setores da sociedade, inclusive no âmbito da saúde. Porém, não há um número exato em relação aos números de tentativas de

suicídios e de óbitos por lesões autoprovocadas nessa população, devido à subnotificação dos casos, mas estima-se que é maior do que na população em geral, podendo apresentar dados variáveis de acordo com cada estudo.

Nos artigos selecionados para esta revisão, foram constatados que os aspectos mentais, circunstanciais e biopsicossociais são os principais relacionados à etiologia suicida, sendo os transtornos depressivos os mais relatados, principalmente quando a depressão é grave no início da doença, pois nesse período setenta por cento dos suicídios decorrem de uma fase depressiva. Os transtornos de ansiedade, bipolar, relacionados ao uso de substâncias lícitas e/ou ilícitas, do estresse pós-traumático e a síndrome de Burnout possuem contribuição significativa ao suicídio. As taxas de tentativa de suicídio são maiores em mulheres e a taxa de óbitos por lesões autoprovocadas são maiores em homens, tanto na população geral, como na população deste estudo.

No que tange à ideação suicida, os estudos apontaram que essa taxa varia entre 12,4%, podendo atingir cerca de 29,5% nas graduações de saúde. Nos casos em que o indivíduo possui um componente familiar, as mesmas podem ser ainda mais elevadas, tendo cerca de 24% a mais de chances. No curso de medicina, o maior número de ideação suicida no ciclo pré-clínico e no internato pode estar correlacionado com o maior número de transtornos depressivos nos graduados do quarto ao sexto ano do curso, os quais podem apresentar taxas com 56% e 54,2%, respectivamente (BARBOSA *et al.*, 2018). Diante desses dados, é possível que o quarto ano do curso de medicina possua um maior risco às tentativas suicidas do que os demais anos do mesmo curso.

Além disso, o uso de substâncias está relacionado com diversos fatores que os indivíduos têm que lidar após ingressar na graduação em saúde, como a excessiva competitividade em relação aos colegas, que ocasiona uma menor confiança no seu potencial. Inclusive, a única diversão de alguns estudantes ocorre justamente durante as festas universitárias, muitas vezes, utilizando drogas lícitas e/ou ilícitas para socialização com outros estudantes.

É importante ressaltar que desde o preparo para as seleções para o ingresso nas áreas de saúde, os indivíduos encontram-se muito pressionados para obter uma vaga no curso desejado, pois esses cursos apresentam uma concorrência elevada. Nessas seleções são avaliadas apenas a aprendizagem teórica e a capacidade intelectual. Porém, outros fatores que são imprescindíveis para o sucesso profissional não são avaliados nesse momento, como a capacidade de lidar com perdas e frustrações, a empatia com outro indivíduo e a capacidade de conviver com as demais diferenças em todos os âmbitos sociais.

É necessário que os graduandos e profissionais de saúde possuam essas características (empatia, boa convivência e capacidade de lidar com perdas e frustrações), pois os ambientes acadêmicos e laborais são competitivos e possuem muitos problemas, nos quais um erro pode ser interpretado como fracasso e, conseqüentemente, ocasionar transtornos mentais.

Diante do supracitado, deve-se sempre questionar sobre a ideação e o planejamento suicida de um paciente psiquiátrico. Logo, quanto mais planejado, mais perigoso, pois pode haver novas tentativas, caso a última não tenha obtido êxito. Destaca-se que qualquer distúrbio psiquiátrico associado aumenta o risco de suicídio. É necessário que nunca sejam desconsiderados os avisos, pois cerca de noventa por cento de quem tenta o suicídio, demonstrou de alguma maneira anteriormente ter essa intenção. Além disso, os indivíduos com histórico de tentativas suicidas anteriores possuem 30% a mais de chances de repeti-las do que quem nunca tentou.

Nos casos de psicoses agudas com pensamentos suicidas, ou depressões com sintomas psicóticas que apresentam ideias de suicídio, caso não seja possível hospitalizar o paciente, o acompanhante deve estar alerta todo o tempo, atentando-se para janelas trancadas, armas, venenos, comprimidos, facas, garfos, fios e demais objetos que possam contribuir para óbito autoprovocado.

Nesse sentido, é imprescindível que cada instituição proponha medidas para o apoio psicológico e psiquiátrico dessa população para proporcionar uma saúde mental adequada. Diante disso, devem ser disponibilizados recursos para a saúde mental, visando o desenvolvimento de atividades educativas e o estímulo de técnicas como a Mindfulness. Outro aspecto fundamental é a modificação no processo de formação desses graduandos e profissionais, para que sejam valorizadas todas as habilidades (emocionais, pessoais e sociais) que possam contribuir positivamente com o bem-estar durante a graduação e o exercício trabalhista. Ressalta-se que todas as intervenções utilizadas devem ser verificadas para comprovar se estão obtendo uma boa eficácia.

O tratamento do paciente com ideação e planejamento suicida deve ser sempre realizado com internação psiquiátrica. As medicações variam de acordo com a doença de base (por exemplo, pacientes psicóticos são medicados com antipsicóticos e pacientes depressivos com antidepressivos). Além disso, é indispensável que todos os casos de tentativa de suicídio e de óbito por lesões autoprovocadas sejam notificados compulsoriamente, para evitar casos de subnotificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou uma análise sobre o suicídio em discentes e trabalhadores de saúde. Nesse sentido, diversos fatores foram elucidados na etiologia das tentativas suicidas e do suicídio. Ressalta-se que a prevalência nos estudantes e profissionais de saúde é maior que na população em geral, constituindo um grande problema de saúde pública e motivo de preocupação devido ao aumento dessas taxas nessa população. Outrossim, os transtornos mentais (principalmente os depressivos) foram os maiores responsáveis pelas tentativas suicidas e pelo suicídio na população desse estudo, além da Síndrome de Burnout e os transtornos por abuso de substâncias lícitas e/ou ilícitas que também foram muito relatados como fatores desencadeantes.

Diante disso, existe a necessidade de informação no que diz respeito aos mecanismos biopsicossociais, acadêmicos, profissionais e econômicos que contribuem para os mecanismos das tentativas suicidas e do suicídio. Com o conhecimento desses mecanismos, será possível a devida formulação de projetos e políticas públicas que reduzam o índice de tentativa de mortalidade e/ou da mortalidade autoprovocada.

Por isso, os ambientes de trabalho dos profissionais de saúde e as universidades, além da sociedade em geral, devem conhecer os fatores associados ao suicídio de graduandos e profissionais, podendo assim estabelecer medidas para a prevenção e a para o tratamento das condições predisponentes, melhorando os ambientes acadêmicos e profissionais no que diz respeito à saúde mental. Assim, são necessárias estratégias que visem à elaboração e realização de atividades preventivas individuais e coletivas entre graduandos e profissionais, com o auxílio dos familiares, dos professores e dos colegas de turma e/ou trabalho, fortalecendo a saúde mental.

Salienta-se que as principais formas de intervenção são voltadas para o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais, além de ser indispensável uma modificação na formação desses graduandos e na assistência desses profissionais, para que haja uma maior contribuição no que diz ao bem-estar mental, físico e social.

Logo, são necessários novos estudos que possam contribuir com o preenchimento das lacunas de conhecimento sobre o suicídio nos discentes e trabalhadores de saúde, compreendendo a prevalência e os fatores associados em cada graduação e profissão do âmbito de saúde para que seja possível a construção de programas de apoio nessas populações.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

REFERÊNCIAS

ABREU, Angélica Cristina Oliveira *et al.* O fenômeno do suicídio entre profissionais de saúde: uma revisão bibliográfica. **Semana Acadêmica Revista Científica**, v. 1, n. 104, 2017.

ARNTZ, Jenny *et al.* Relación de variables sociodemográficas con niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios. **Revista Chilena de Neuro-psiquiatría**, v. 60, n. 2, 2022.

BARBOSA, João Gabriel *et al.* Caracterização da ideação suicida em estudantes universitários. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 1, p. 1 - 8, 2018.

CAMPOS, Luana Ruth Braga *et al.* Prevenção ao suicídio: vivência de estudantes universitários. **Revista Cuidarte**, v. 2, n.11, 2020.

CASTELO, Michael *et al.* An exploration of medical student attitudes towards disclosure of mental illness. **Medical Education Online**, v. 25, n. 1, 2020.

CAZOLARI, Priscila Gadelha *et al.* Níveis de Burnout e bem-estar de estudantes de medicina: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, 2020.

FERREIRA, Diego da Silva *et al.* Risco de suicídio entre acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, 2023.

GILLETTE, Chris; MOSPAN, Cortney Marie. Student Pharmacists' Attitudes Toward Suicide and the Perceived Role of Community Pharmacists in Suicidal Ideation Assessment. **American Journal Pharmaceutical Education**, v. 84, n. 5, 2020.

GOICOCHEA, Shelby; HILL, Monica R.; MERLO, Lisa J. In their own words: stressors facing medical students in the millennial generation. **Medical Education Online**, v. 23, n. 1, 2018.

HOU, Qingyun. Influences analysis of physical exercise on college students' satisfaction and its psychological mechanism. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 29, n. 1, 2023.

LEAL, Ana Borges; PIMENTA, Filipa. **Intervenções Mindfulness e redução de Burnout em estudantes universitários: revisão de literatura**. In: **CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE**, n. 12, 2018, Lisboa. Actas. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário, 2018.

MEIRA, Saulo Sacramento *et al.* Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de readmissões hospitalares por tentativa de suicídio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva; CORREA, Humberto. Suicídio. In: MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. **Psiquiatria: Estudos Fundamentais**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021, p. 633 - 690.

PUCCI, Adriane de Oliveira Viana; POLLI, Gislei Mocelin. Histórias de vidas de universitários e uso de substâncias psicoativas. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 13, 2022.

RUIZ, Pedro; SADOCK, Benjamin. J.; SADOCK, Virgínia A. Medicina psiquiátrica de Emergência. In: RUIZ, Pedro; SADOCK, Benjamin. J.; SADOCK, Virgínia A. **Compêndio de Psiquiatria – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2017, p. 763 – 774.

SOL, Érika Gonçalves Loureiro *et al.* Avaliação do comportamento suicida em estudantes de medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 2, 2021.

SAÚDE INDÍGENA ATIKUM-UMÃ E PANKARÁ

Jorge Rubens de Sá Marcolino¹;

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/5556274144527351>

Juliana Sá Marcolino²;

Faculdade Três Marias (FTM), João Pessoa, Paraíba.

<http://lattes.cnpq.br/4258137278736539>

Bruno Rodrigo de Sá Marcolino³;

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/9933535316847435>

Guilherme José Spindola Cordeiro⁴;

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), João Pessoa, Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/1373284039190882>

Maria Natividade de Sá Antunes⁵.

Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/0466351255853166>

RESUMO: Introdução: De acordo com dados de 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população indígena de Pernambuco (PE) é estimada em aproximadamente 80.318 indivíduos, estando dividida em 15 etnias, 224 aldeias, em uma área territorial de 22423,2 km². Dentre as etnias indígenas pernambucanas, as populações das etnias Atikum-Umã e da Pankará residem nas aldeias localizadas no município de Carnaubeira da Penha, que se localiza na mesorregião São Francisco e na Microrregião Itaparica do Estado de Pernambuco. **Objetivos:** O presente estudo tem como objetivo construir uma revisão integrativa de literatura, analisando os aspectos relacionados à saúde indígena nas aldeias de Carnaubeira da Penha - Pernambuco (PE), com base em uma análise de artigos científicos sobre o tema. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa no banco de dados do SciELO com os descritores “Aldeias”, “Assistência”, e “Pernambuco” entre os anos de 2017 e 2022 em língua portuguesa e inglesa. **Resultados e Discussão:** Diante dos resultados, foi possível verificar que os principais agravos à saúde destas populações estão relacionados aos hábitos de vida, configurando assim associações as doenças crônicas não transmissíveis, além de problemas de saúde pública que ocorrem devido à

falta de informação e maus hábitos de ambas as etnias. Porém, existe uma maior escassez de dados em relação à população Pankará. **Conclusões:** Verifica-se a necessidade de acompanhamento da população do estudo por uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde. São necessários maiores estudos que abranjam o maior número de fatores relacionados à saúde indígena destas populações para uma maior abordagem no que tange a promoção, prevenção e acompanhamento no âmbito da saúde indígena das populações Atikum-Umã e Pankará.

PALAVRAS-CHAVE: Aldeia. Assistência. Pernambuco.

ATIKUM-UMÃ AND PANKARÁ INDIGENOUS HEALTH

ABSTRACT: Introduction: According to 2020 data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics, the indigenous population of Pernambuco (PE) is estimated at approximately 80,318 individuals, divided into 15 ethnic groups, 224 villages, in a territorial area of 22,423.2 km². Among the Pernambuco indigenous ethnic groups, the populations of the Atikum-Umã and Pankará ethnic groups reside in villages located in the municipality of Carnaubeira da Penha, which is located in the São Francisco mesoregion and in the Itaparica microregion of the State of Pernambuco. **Objectives:** This study aims to build an integrative literature review, analyzing aspects related to indigenous health in the villages of Carnaubeira da Penha - Pernambuco (PE), based on an analysis of scientific articles on the subject. **Methods:** A search was carried out in the SciELO database with the descriptors “Villages”, “Assistance”, and “Pernambuco” between the years 2017 and 2022 in Portuguese and English. **Results and Discussion:** In view of the results, it was possible to verify that the main health problems of these populations are related to lifestyle habits, thus configuring associations with chronic non-communicable diseases, in addition to public health problems that occur due to lack of information and bad habits of both ethnicities. However, there is a greater scarcity of data regarding the Pankará population. **Conclusions:** There is a need for monitoring the study population by a multidisciplinary team of health professionals. Larger studies are needed that cover the largest number of factors related to the indigenous health of these populations for a greater approach regarding the promotion, prevention and follow-up within the scope of the indigenous health of the Atikum-Umã and Pankará populations.

KEY-WORDS: Villages. Assistance. Pernambuco.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Programação de Saúde (PNPS) integra a Política Nacional de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e reconhece as populações indígenas em relação à cultura, etnicidade e território. Nesse sentido, esta política reivindica a adesão de um modelo complementar que possa possibilitar a integralidade de assistência

ao indivíduo indígena, nos aspectos de proteção, promoção e recuperação da saúde, garantindo o exercício da sua cidadania a partir de uma organização dos serviços que deverão ser prestados (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, 2018).

Nesse sentido, existe a necessidade de uma maior compreensão sobre os tópicos relacionados à Saúde Indígena no Brasil. Segundo os dados de 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), menos de 1% da população brasileira é autodeclarada como indígena ou amarela. Além disso, a população indígena de Pernambuco (PE) é estimada em aproximadamente 80318 indivíduos, estando divididos em 15 etnias, 224 aldeias, em uma área territorial de 22423,2 km² (BRASIL, 2020; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020; INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, 2018).

Dentre as etnias indígenas pernambucanas, a população da etnia Atikum Umã e da Pankará residem nas aldeias localizadas no município de Carnaubeira da Penha, que se localiza na mesorregião São Francisco e na Microrregião Itaparica do Estado de Pernambuco (ABIB; BARROS; FLORENCIO, 2019; GUERRA, 2018; SILVA, 2017). No que tange o âmbito da saúde, a maior parte das demandas das comunidades indígenas supracitadas é atendida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que possui Pólos Base como a primeira instância para referência das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que têm atuação nas aldeias (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, 2018).

Diante do supracitado, torna-se imprescindível analisar os aspectos relacionados à saúde indígena nas aldeias Atikum-Umã e Pankará, no município de Carnaubeira da Penha, no estado de Pernambuco, através de uma revisão integrativa de literatura.

REFERENCIAL TEÓRICO

No que diz respeito à Saúde Indígena, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Pernambuco foi criado, em 1999, a partir da implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) do Sistema Único de Saúde (SUS). O DSEI Pernambuco possui a sua sede na região metropolitana do Recife, com abrangência de 15 municípios das mesorregiões do agreste e do sertão pernambucano, sendo responsável pela política de atenção integral à população indígena pernambucana. Destaca-se que a população supracitada é de 40405 indígenas aldeados (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, 2018; RODRIGUES; SILVA, 2017).

Desde o período de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde (MS) iniciou um convênio com o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) para que este último possa auxiliar na execução da atenção integral à saúde indígena de oito estados do Nordeste (Alagoas - AL, Bahia - BA, Ceará - CE, Maranhão - MA, Paraíba - PB,

Pernambuco - PE, Rio Grande do Norte - RN e Sergipe - SE). Além disso, aproximadamente 2000 profissionais atuam na atenção à saúde, qualificação profissional e pesquisas voltadas à população indígena, que é estimada em treze mil e quinhentos indivíduos indígenas (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, 2018).

Diante disso, foi criada uma rede assistencial de serviços em saúde indígena para ampliar a rede de cuidados, acesso e aceitabilidade do SUS para a população supracitada. Logo, para que os princípios do SUS pudessem ter uma maior efetividade, houve a necessidade da implantação de atenção à saúde diferenciada para essa população, considerando as especificidades da cultura, epidemiologia e operacionalidade (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, 2018).

Para auxiliar nessa assistência, existe o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que contempla um conjunto de atividades técnicas fundamentadas em medidas racionalizadas e qualificadas de atenção integral à saúde indígena. Nesse sentido, existe a promoção da reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias através das atividades administrativo-gerenciais para assistência integral à saúde indígena, sendo baseada no controle social. Além disso, existem trinta e quatro DSEIs no país, que são divididos por critérios territoriais, sendo baseados na ocupação geográfica das aldeias indígenas, não seguindo os limites dos estados brasileiros. No que diz respeito à estrutura de atendimento, o DSEI conta com unidades básicas de saúde indígena, Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASA) e polo base (BRASIL, 2020).

Destaca-se que o DSEI Pernambuco é composto por uma equipe de quinhentos e setenta e dois profissionais de saúde, que foram selecionados através de processos seletivos realizados pelo IMIP. O distrito supracitado conta ainda com sessenta e duas Unidades Básicas de Saúde Indígena, quatorze Polos Base e uma Casa de Apoio à Saúde Indígena. Nesse contexto, aproximadamente duzentos e trinta mil atendimentos e/ou consultas, dezessete mil e quatrocentas e trinta e nove visitas domiciliares, quatrocentos e oitenta e cinco mil procedimentos e setenta e seis por cento dos tratamentos odontológicos foram concluídos (BRASIL, 2020; INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, 2018).

Nesse contexto, após o surgimento dos Pólos Bases Indígenas do Estado de Pernambuco, houve um maior vínculo dos profissionais de saúde com as suas respectivas práticas profissionais. Isso resulta em uma maior oferta de serviços institucionais de saúde, profissionais mais capacitados e competentes para atender às necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade indígena. Assim, os profissionais exercem funções políticas, sociais, educacionais e investigativas em saúde, contribuindo para assistência integral à saúde indígena (RODRÍGUEZ *et al.*, 2018).

METODOLOGIA

A metodologia escolhida para este estudo foi uma revisão integrativa de literatura, possibilitando conclusões sobre a Saúde Indígena nas Aldeias Atikum-Umã e Pankará, do município de Carnaubeira da Penha (PE) e os seus fatores associados, contribuindo para o aprofundamento e difusão do conhecimento nesta área. Nesse sentido, foi realizada uma busca no banco de dados da biblioteca virtual SciELO, com os descritores em língua portuguesa: Aldeias; Assistência e Pernambuco, e em língua inglesa: *Villages; Assistance e Pernambuco*.

Foram considerados como relevantes para esta pesquisa os artigos que levaram em conta fatores associados à Saúde Indígena nas Aldeias Atikum-Umã e Pankará. Salienta-se que, além da pesquisa realizada nas bases de dados eletrônicas, foram utilizados ainda trabalhos de conclusão de curso de graduações e pós-graduações. Os critérios de seleção e inclusão para a revisão bibliográfica foram definidos como:

a) base para inclusão: documentos com abordagem qualitativa e/ou quantitativa, exploratória, descritiva, relatos de experiências e estudo de caso; documentos disponíveis eletronicamente; estudos abrangendo os aspectos da Saúde Indígena nas Aldeias de Pankará e Atikum-Umã;

b) base para exclusão: abrangência de tema considerado irrelevante para esta pesquisa;

c) descritores: Aldeias; Assistência; Pernambuco em língua portuguesa e *Villages; Assistance; Pernambuco* em língua inglesa;

d) cronologia dos estudos: trabalhos publicados entre 2017 e 2022;

e) idiomas dos documentos pesquisados: língua portuguesa e língua inglesa;

f) delimitador: escassez de estudos/pesquisas que abordam os principais aspectos relacionados à Saúde Indígena nas Aldeias Atikum-Umã e Pankará. No que diz respeito às variáveis, foram analisados o sexo, a idade, a profissão, o estado civil, a classe socioeconômica, os serviços em saúde indígena, a presença de patologias, os casos que estavam em tratamento, a raça e a religião. Nesse sentido, foi verificado como essas variáveis se constituem como aspectos importantes na Saúde Indígena nas Aldeias de Carnaubeira da Penha. Para a análise de dados foi realizada a análise de conteúdo da literatura pesquisada, contribuindo para esclarecer diferentes características e extrair a significação do tema pesquisado.

A pesquisa foi realizada em duas fases: triagem de títulos e resumos: nesta fase, foram excluídos os artigos que não se adequaram à temática estudada. Após essa triagem, os artigos selecionados foram lidos integralmente para a construção deste trabalho. Ressalta-se que não houve a necessidade de exclusão por duplicidade, visto que todos os artigos pesquisados estavam apenas em uma respectiva base de dados, não havendo, portanto, repetição.

Houve o comprometimento em citar os autores utilizados no estudo respeitando a Norma Brasileira Regulamentadora 6023 que dispõe sobre os elementos a serem incluídos e orienta a compilação e produção de referências. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente com finalidade científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na pesquisa bibliográfica, foram selecionados 04 artigos para a construção desta revisão integrativa (Tabela 1 e Quadro 1), na base de dados do SciELO. Na primeira fase da pesquisa, 55 artigos foram excluídos por não contemplarem o tema proposto.

Tabela 1: Etapas de seleção dos artigos para a revisão integrativa de literatura.

	Total de artigos captados	1ª etapa: exclusão por título, ano e resumo.	2ª etapa: leitura na íntegra	Artigos selecionados
SciELO	59	55	04	04 artigos originais

Fonte: Os próprios autores (2023).

Entre os artigos selecionados para leitura completa, as principais temáticas encontradas foram saúde, território indígena e cultura indígena. Assim, a exposição dos dados foi organizada nas categorias a seguir (Quadro 1).

Quadro 1: Artigos captados para revisão integrativa de literatura

Título do trabalho	Autor (es)	Ano	País	Tipo de Estudo / Desenho
Índios no Semiárido Nordeste: (re)conhecendo Sociodiversidade	SILVA, Edson	2017	Brasil	Estudo reflexivo
Monitoramento sobre as terras indígenas em Pernambuco: diagnóstico sobre o direito da propriedade indígena	CUNHA, Luis Emmanuel; SOUZA, Jefferson Amorim	2018	Brasil	Projeto de monitoramento
Proposta de ações para a superação dos profissionais da saúde no Polo Base ATIKUM - Pernambuco, Brasil	RODRÍGUEZ, Raidel González <i>et al.</i>	2018	Brasil (estudo) / Cuba (publicação)	Estudo pedagógico pelo método materialista dialético
Saberes populares e indígenas e suas lutas afirmativas: uma perspectiva de Educação em Direitos Humanos	FERNANDES, Everaldo; TAVARES, Celma.	2018	Brasil	Estudo Epistemológico

Fonte: Os próprios autores (2023).

Etnia Atikum

A etnia Atikum habita os estados de Pernambuco e Bahia, sendo que em Pernambuco abrange aldeias localizadas nos municípios de Carnaubeira da Penha e Salgueiro. Em Carnaubeira da Penha, os indivíduos da etnia supracitada residem na Aldeia Serra Umã, tendo acesso pela BR-232, seguida pela PE-425 que proporciona acesso ao município de Carnaubeira da Penha e por mais 12 km de estrada até a aldeia mencionada. Está localizado a uma distância de 50 km do Rio São Francisco. A área Atikum possui 15276 hectares e a população é estimada em 7500 habitantes (ABIB; BARROS; FLORENCIO, 2019; GUERRA, 2018). Ressalta-se que há um registro de uma área aproximada de 16290 hectares do povo Atikum regularizada, conforme Decreto nº 5 de 05 de Janeiro de 1996 (CUNHA; SOUZA, 2018).

Além disso, o território Atikum em Pernambuco, no município de Carnaubeira da Penha possui mais de quarenta aldeias indígenas, tendo como as principais: Aldeia Sede (Serra Umã), Angico, Areia dos Pedros, Baixa da Cobra, Baixão, Boa Vista, Bom Jesus, Boqueirão, Cachoeira I e II, Caldeirão I e II, Casa de Telha, Caxuá, Chapada, Curtume, Estreito, Garrote Morto, Jacaré, Jardim, Jatobá, Lagoa Cercada, Massapê, Mulungu, Oiticica, Olho D'água da Santa, Olho D'água do Padre, Pedra de Fogo, Poço da Pedra, Prata, Quixaba, Riacho Grande, Sabonete, Saco Grande, Samambaia, Serra da Lagoinha, Tamboril e Tupã (REYES, 2017).

No que se relaciona às lideranças indígenas, existem dois caciques: Jovaci José dos Santos e Clóvis Manoel da Silva (apelido: Cacique Santinho), e um pajé: Augusto Agustavo de Oliveira. Ressalta-se que o pajé é uma liderança religiosa que permanece aconselhando e sendo responsável pela condução do toré, além de zelar pela união da aldeia, da manutenção da ciência indígena, inclusive da pajelança (cura de doença) e da evocação dos ancestrais indígenas (FERNANDES; TAVARES, 2018).

Em relação aos estabelecimentos de saúde do município de Carnaubeira da Penha, a pesquisa realizada em 2023 no site de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) relata vinte e quatro estabelecimentos, sendo seis exclusivos para atendimentos de indivíduos indígenas, dos quais três são para a população Atikum e três para a população Pankará, conforme quadro abaixo.

Quadro 2 - Unidades de Atenção à Saúde Indígena de Carnaubeira da Penha.

ATIKUM	PANKARÁ
Polo Base Atikum	Polo Base Pankará
Posto de Saúde Atikum	Posto de Saúde Almira Rosa de Menezes
Posto de Saúde Olho D'água do Padre	Posto de Saúde Antônio Caxiado

Fonte: Adaptado de Brasil (2023).

O Polo Base Atikum e o Pankará possuem como primeira referência hospitalar a Unidade Mista Argemiro José Torres, localizada no município de Carnaubeira da Penha. Nesse contexto, possui como referência de média complexidade o Hospital Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM), localizado no município de Serra Talhada, aproximadamente a 90 km de distância da aldeia mencionada. Enquanto os exames laboratoriais são realizados no Laboratório Municipal Maria Aparecida da Silva e/ou nos laboratórios conveniados pela Secretaria Municipal de Saúde de Carnaubeira da Penha. As consultas com médicos especialistas são marcadas através da Secretaria Municipal de Saúde de Carnaubeira da Penha para a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), em Serra Talhada. Outros exames mais específicos e invasivos, as cirurgias e consultas com outros especialistas são encaminhados para a capital do estado (Recife), especificamente para os centros de referência regulados pela Casa de Apoio à Saúde Indígena (REYES, 2017).

Em abril de 2020, houve o primeiro caso confirmado de Covid-19 em um indivíduo indígena do povo Atikum. Para conter a disseminação do vírus, houve a instalação de barreiras sanitárias nas entradas e saídas da aldeia, além de educação em saúde em cada domicílio somado ao respeito no que tange o isolamento social no território indígena. Até o início do segundo semestre de 2020, seis casos de infecção por Covid-19 foram relatados no povo Atikum, sendo que todos, felizmente, se recuperaram do quadro (AQUINO; MELITO; RAVENA, 2020).

Salienta-se que os principais agravos à saúde do povo Atikum estão relacionados aos hábitos de vida, como a alimentação com excesso de produtos industrializados, o sedentarismo, a carência alimentar, o uso excessivo de drogas lícitas (bebidas alcoólicas), o nível de pobreza extremo, constituindo assim fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (REYES, 2017; RODRIGUES; SILVA, 2017).

Corroborando com esses dados, em uma pesquisa realizada na população adscrita da equipe II do Polo Base Atikum, por Reyes (2017), foi observada a presença de obesidade em 10% dos grupos de risco, enquanto o sedentarismo foi relatado por 33% desta mesma população do estudo mencionado. Outros dados confirmados foram a presença de hipercolesterolemia, gravidez na adolescência, serviço de água potável inacessível, inexistência de serviços sanitários adequados, coleta e disposição de lixo inadequados e baixo nível cultural e de informação da população.

A presença de transtornos mentais com altos índices de uso de medicamentos psicotrópicos, principalmente os antidepressivos e ansiolíticos também estão muito presentes na população supracitada. Inclusive, existem diversos casos de dependência dos psicofármacos nesta população. Além desses transtornos, a mortalidade infantil, a gravidez precoce, as altas taxas de óbitos relacionados à violência e o aumento de doenças crônicas também são problemas muito relatados nesta população (REYES, 2017; RODRIGUES; SILVA, 2017).

O uso de bebidas alcoólicas foi o principal problema relatado em relação às drogas lícitas, sendo utilizado por cerca de 100% da população jovem desta aldeia, enquanto no que tange às drogas ilícitas, o principal problema foi o uso da Cannabis (maconha), estando relacionado com delitos (furtos e roubos). Ambas as drogas possuem influência negativa sobre os indicadores de saúde pública, inclusive aumentando a taxa de infecções sexualmente transmissíveis, doenças crônicas e mortalidade, inclusive infantil (RODRIGUES; SILVA, 2017).

Tabela 02 - População Adscrita em 2017 pela Equipe II do Polo Base Atikum de Carnaubeira da Penha

Faixa Etária	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total
< 01 ano	012	019	031
01 - 04 anos	069	074	143
05 - 09 anos	109	105	214
10 - 14 anos	090	104	194
15 - 19 anos	082	086	168
20 - 29 anos	117	133	250
30 - 49 anos	141	148	289
50 - 59 anos	033	029	062
> 60 anos	042	044	086

Fonte: Adaptado de Reyes (2017).

No estudo de Reyes (2017), também foram relatados 31 lactantes, 15 gestantes, 86 idosos, 137 hipertensos, 11 diabéticos, 08 asmáticos, 15 cardiopatias isquêmicas e 48 pacientes com atendimentos de saúde mental. Das doenças infectocontagiosas, houve um caso de tuberculose pulmonar tratada e com boa evolução. Além disso, a hipertensão arterial é a primeira causa de consulta na área mencionada, sendo a prioridade de atendimento. Destaca-se que cerca de 80% dos pacientes hipertensos desta área de abrangência são sedentários, 82% possuem uma alimentação inadequada, incluindo o consumo excessivo de sal, 70% não realizam nenhuma atividade física e 91% desconhecem as complicações da doença, a importância do tratamento ser baseado em tratamento não farmacológico, além do farmacológico.

Etnia Pankará

A Serra Arapuá é um brejo de altitude, possuindo um clima a partir de massas úmidas expostas e do relevo em altitude. No que diz respeito ao índice pluviométrico, há uma oscilação entre 900 e 1300 mm. Apresenta, em seus pontos mais elevados, altitudes acima de 900 metros. Faz parte do município de Carnaubeira da Penha - PE, sendo ocupada pelos indígenas da etnia Pankará, além dos fazendeiros de pequeno e médio porte (GUERRA,

2018).

Além disso, a etnia Pankará, da Serra Arapuá, possui 53 aldeias indígenas, que são representadas pelos caciques e pajés. Atualmente, possuem três pajés: Pedro Luiz dos Santos (apelido: Pedro Limeira), João Miguel e Manoel Cacheado, além de dois caciques: Ary Pereira Bastos e Maria das Dores dos Santos (apelido: Dorinha). Essas representações são de suma importância para as aldeias indígenas, porque representam e organizam os locais, representam cada aldeia na busca pelos seus direitos para obter autonomia e reconhecimento étnico perante a sociedade (GUERRA, 2018; REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DE PERNAMBUCO DE 20 DE JUNHO DE 2016).

No que tange os usos de recursos naturais, os indígenas Pankará utilizam a palmácea, Catolé, que é bem adaptável a Caatinga e ao Cerrado brasileiro. Nesse contexto, o Catolé é utilizado para artesanato, fabricação de utensílios e para consumo dos seus frutos. Outra planta utilizada é a Caroá, uma planta nativa, que também é utilizada para o artesanato, principalmente do cocar indígena (GUERRA, 2018).

Segundo a Articulação de Povos Indígenas do Brasil (2020), ocorreu um óbito pelo Covid-19 na população indígena Pankará no período da pandemia, em 2020, confirmando assim a vulnerabilidade da população indígena ao vírus supracitado, necessitando de medidas para evitar a sua transmissão. No que tange às doenças crônicas não transmissíveis e demais patologias nesta população, existe a escassez de estudos nos últimos cinco anos, constituindo uma dificuldade de explanação sobre a saúde deste povo indígena.

Apesar da grande relevância do tema, a saúde indígena ainda é um tema pouco discutido na sociedade, principalmente quando se refere à localização específica das aldeias. Em relação às etnias analisadas neste estudo, existe uma maior escassez de dados referentes à saúde indígena da população Pankará.

Constatou-se que os hábitos de vida são os maiores fatores relacionados à associação com um grande número de doenças crônicas não transmissíveis na etnia Atikum. No que tange aos fatores, o sedentarismo, a obesidade, a alimentação com excesso de produtos industrializados, carência de alimentos, uso de drogas lícitas e ilícitas. Além disso, outros problemas de saúde pública nesta população são hipercolesterolemia, gravidez precoce (na adolescência), saneamento básico inadequado, baixo nível cultural e de informação, transtornos mentais com altos índices de medicações psicotrópicas, altas taxas de óbitos relacionadas à violência, mortalidade infantil, infecções sexualmente transmissíveis e doenças infectocontagiosas.

Em relação às doenças infectocontagiosas, a infecção de vias aéreas ocasionada pelo Covid-19 é considerada um problema de saúde pública em ambas as populações deste estudo e na população global, visto que é uma pandemia, atingindo assim todos os continentes. Ressalta-se que até o momento houveram casos de Covid-19 na População Atikum e na Pankará, sendo que nesta última ocorreu um óbito, que confirma a importância

de prevenção devido à alta letalidade da patologia supracitada.

Destaca-se que a assistência à saúde tem o Polo Base como primeira referência no município, sendo que a Unidade Mista é a primeira referência hospitalar para ambas as etnias. Diante disso, os indivíduos com casos clínicos mais complexos, que necessitam de auxílio especializado, são encaminhados para a UPAE, em Serra Talhada. Outros casos mais complexos são encaminhados para a capital do estado (Recife), tendo a Casa de Apoio à Saúde Indígena como local de suporte.

Ainda são necessários mais estudos sobre esse tema, para proporcionar melhores informações e uma melhor compreensão dos fatores relacionados à saúde indígena das etnias das aldeias de Carnaubeira da Penha - PE, pois assim seria possível elucidar um maior número de problemas destas populações e construir intervenções com uma maior eficácia, para melhorar a qualidade da saúde indígena prestada.

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou uma revisão integrativa de literatura sobre a saúde indígena nas aldeias do município de Carnaubeira da Penha, no interior de Pernambuco. Enfatiza-se que existe uma escassez de dados, principalmente em relação à Etnia Pankará. Diante disso, existe a necessidade de informação no que diz respeito aos fatores relacionados à saúde indígena da etnia Atikum-Umã e da Pankará. Com o conhecimento desses fatores, será possível a devida formulação de projetos e políticas públicas que melhorem os aspectos relacionados à saúde indígena nas aldeias que estão localizadas no município mencionado.

Por isso, os profissionais de saúde indígena, além da sociedade em geral, devem conhecer os fatores associados, podendo assim estabelecer medidas para a prevenção e para o tratamento dos agravos à saúde indígena, ampliando a assistência prestada à saúde desta população. Assim, são necessárias estratégias multidisciplinares que visem à elaboração e realização de atividades preventivas e de acompanhamento individuais e coletivas entre indivíduos indígenas, profissionais de saúde, com o auxílio dos familiares, fortalecendo assim a saúde indígena.

De acordo com o supracitado, são necessários novos estudos que possam contribuir com o preenchimento das lacunas de conhecimento sobre a saúde indígena destas populações, para que seja possível a construção de programas de prevenção, promoção e apoio que visem uma cobertura mais ampla no âmbito da saúde.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

1. ABIB, Pedro Rodolpho Jungers; BARROS, Maria da Penha; FLORENCIO, Roberto Remígio. **Políticas Educacionais dos Povos Indígenas do Opará.** In: **ENECULT - ENCONTROS DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA**, 15, 2019, Salvador. Anais. Salvador: UFBA, 2019.
2. AQUINO, Celso MELITO; Leandro; RAVENA, Monyse. **Covid-19: casos confirmados no Ceará e Pernambuco preocupam indígenas no Nordeste.** Brasil de Fato. Fortaleza: 2020. Disponível em: < <https://www.brasildefato.com.br/2020/04/28/covid-19-casos-confirmados-no-ceara-e-pernambuco-preocupam-indigenas-no-nordeste>>. Acesso em: 03 mar. 2023.
3. ARTICULAÇÃO DE POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. **Panorama Geral da Covid-19.** Brasília: 2020. Disponível em: < https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/>. Acesso em: 03 mar. 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **DSEI.** Brasília: 2020. Disponível em: < <https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/dsei/>>. Acesso em: 03 mar. 2023.
5. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília: 2023. Disponível em: < http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=260392&NomeEstado=>. Acesso em: 03 mar. 2023.
6. CUNHA, Luis Emmanuel; SOUZA, Jefferson Amorim. Monitoramento sobre as terras indígenas em Pernambuco: diagnóstico sobre o direito da propriedade indígena. **Cadernos do CEAS.** Salvador/Recife, n. 243, p. 141 - 161, jan. - abr., 2018.
7. FERNANDES, Everaldo; TAVARES, Celma. Saberes populares e indígenas e suas lutas afirmativas: uma perspectiva de Educação em Direitos Humanos. **Interritórios Revista de Educação - Universidade Federal de Pernambuco**, Caruaru, v. 4, n. 7, set. 2018, p. 22 -37.
8. GUERRA, Roberta Barros. **Implementação de Políticas Públicas de Saúde da Atenção Básica, no Município de Carnaubeira da Penha - PE.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília . Brasília, 2018.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dimensionamento Emergencial de População Residente em Áreas Indígenas e Quilombolas para Ações de Enfrentamento à Pandemia Provocada pelo Coronavírus.** Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/31876-dimensionamento-emergencial-de-populacao-residente-em-areas-indigenas-e-quilombolas-para-acoes-de-enfrentamento-a-pandemia-provocada-pelo-coronavirus.html>>. Acesso em: 03 mar. 2023.

10. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA. **Assistência e Saúde**. Recife: 2018. Disponível em: < <http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudeindigena/apresentacao.html> >. Acesso em: 03 mar. 2023.
11. REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DE PERNAMBUCO DE 20 DE JUNHO DE 2016, 2016, Recife. **Ata de Reunião Extraordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena de 20 de Junho de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/23/ATA-CONDISI>
Pernambuco-20-06-2016.pdf >. Acesso em: 03 mar. 2023.
12. RODRIGUES, Edinaldo dos Santos; SILVA, Maria Lucivânia. **Prevenção e Redução de Danos ao Alcoolismo em Contextos Indígenas: Proposta de Intervenção para o Distrito Sanitário Especial Indígena Pernambuco (DSEI PE)**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Indígena) - Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2017.
13. RODRÍGUEZ, Raidel Gonzalez *et al.* **Proposta de ações para a superação dos profissionais da Saúde no Polo Base Atikum - Pernambuco**. *In: MORFOVIRTUAL 2018*, 2018, Havana. Anais do Morfovirtual 2018. Havana: Sociedad Cubana de Ciencias Morfológicas, 2018.
14. SILVA, Edson. Índios no Semiárido Nordeste: (re)conhecendo sociodiversidades. **Clio Revista de Pesquisa Histórica**, Recife, v. 35, n.1, 2017.

COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Giulia Silva Braga¹;

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos- Brasília – UF.

<http://lattes.cnpq.br/9450790170908087>

<https://orcid.org/0009-0007-1053-8540>

Antônio Eduardo Ribeiro Izidrio².

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos- Brasília – UF.

<http://lattes.cnpq.br/3361674488509196>

<https://orcid.org/0009-0009-0552-4341>

RESUMO: Objetivou-se com este estudo relata de acordo com um caso clinico a comunicação buco-sinusal. Trata-se de um estudo de relato de um caso clinico sobre comunicação buco-sinusal. As comunicações buco-sinusais é demonstrada na literatura como uma perda de continuidade da parede óssea entre o soalho do seio maxilar e o processo alveolar da cavidade oral, propiciando um acesso direto entre tais estruturas, quando essa passa a ter um revestimento por epitélio passa a se chamar fistula-bucosinusal. É uma ocorrência patológica comum, frequentemente encontrada em extrações dentárias de dentes superiores posteriores. O diagnóstico é elaborado através de achados clínicos, endoscópicos, radiográficos, exames otorrinolaringológicos. Os tratamentos propostos incluem sutura em planos, retalhos palatinos, retalhos vestibulares, utilização do corpo adiposo bucal, o prognóstico de comunicações corretamente tratadas é favorável. É imprescindível o conhecimento anatômico por parte do cirurgião dentista para realização de cirurgias em regiões do seio maxilar, sendo incapaz deverá encaminhar para outro profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicações buco-sinusais. Fistula. Extrações dentárias.

ORAL AND SINUS COMMUNICATION: CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT: The objective of this study was to report oral and sinus communication according to a clinical case. This is a study of a clinical case report on oral and sinus communication. The bucco-sinusal communications is demonstrated in the literature as a loss of continuity of the bone wall between the floor of the maxillary sinus and the alveolar process of the oral cavity, providing a direct access between such structures, when it starts to have a coating by epithelium is called fistula-bucosinusal. It is a common pathological occurrence, often

found in tooth extractions of posterior upper teeth. The diagnosis is elaborated through clinical, endoscopic findings, radiographic findings, otorhinolaryngological examinations. The proposed treatments include flat suture, palatine flaps, vestibular flaps, use of the oral adipose body, the prognosis of correctly treated communications is favorable. It is essential the anatomical knowledge on the part of the dentist to perform surgeries in regions of the maxillary sinus, being unable to refer to another professional.

KEY-WORDS: Bucco sinus communications. Phystula. Tooth extractions.

INTRODUÇÃO

O seio maxilar é uma cavidade que fica no interior do osso maxilar bilateralmente, se apresenta como um espaço pneumático, classificado como o maior dos seios paranaís. A sua elevada dimensão associado á fragilidade capilar e sua extrema proximidade com os ápices dos dentes superiores posteriores faz com que em alguns casos clínicos acontece uma perfuração da tábua óssea que divide o assoalho do seio maxilar e o teto da cavidade oral a chamada comunicação bucosinusal. Quando acontece a formação de tecido epitelial de origem dos tecidos que circundam a comunicação passa a se chamar fistula buco-sinusal (FREITAS et al.;2003; FERREIRA et al.,2011).

Fistulas buco-sinusais é frequentemente encontrada em procedimentos cirúrgicos invasivos em exodontias de dentes superiores posteriores por causa da sua proximidade com o seio maxilar. Existem também outros fatores etiológicos com menores incidências como o mau uso de instrumentos causando um trauma, degeneração do seio por lesões periapicais e remoção de cistos e/ou tumores no palato ou do seio maxilar (RALDI; LIMA; MORAES; ZANOTTI, 2005). O Diagnostico trans cirurgico comumente é fundamentado na manobra de valsava, que proporciona uma precisão de 52%, introdução de uma sonda também é um método utilizado, com uma precisão de 98%, logo os dois métodos são validos (Sandhya et al., 2013).

As mudanças ósseas radiológicas frequentemente achadas são irregularidades do assoalho do seio, acesso direto a meio do seio e a cavidade oral, velamento do seio, extensões de atrofia alveolar e doença periodontal associada (Meirelles RC, Pinto (MEIRELLES; PINTO, 2008).

Uma solução para diminuir ocorrências de comunicações buco-sinusais são as radiografias, com a capacidade de medir o espaço presente entre os ápices dos dentes e o soalho do seio maxilar (SILVA; TOLEDO; CAPOTE, 2009).

As fistulas do assoalho do seio maxilar se apresenta em 3 tipos: Oronasal, oroantral, e oroantronal. A Fistula oroantral(FOA) se apresenta como uma comunicação patológica tornando um acesso direto entre a cavidade oral e o seio maxilar, com maior frequência em procedimentos alveolares, traumatismos durante tratamentos endodônticos e extrações dentarias, tendo no pós operatório um orifício no assoalho do seio maxilar. Progredindo

para uma infecção bacteriana provocada pela contaminação do bolo alimentar e saliva, se não tratada levando há uma sinusite crônica⁴. Uma vez que dos principais problemas das comunicações bucosinusais é a sinusite aguda ou crônica, resultante da propagação de microrganismos da cavidade oral para o seio maxilar (FREITAS et al.;2003; FERREIRA et al.,2011).

Fistula buco-sinusais que tenha o seu diâmetro até 2mm, tendem a se fechar naturalmente, desde que o seio maxilar não apresenta nenhum sinal de infecções, em outros casos em que o efeito estiver com o diâmetro igual ou maior que 3mm ou existe inflamação no seio maxilar ou nos tecidos alveolares a perfuração continua (FILHO, GIOVANELLA; KARSBUR; TORRIANI, 2010).

De forma universal, qualquer comunicação dos seios paranasais com a cavidade oral a seguir de 3 semanas é obrigação ser corrigida cirurgicamente. É imprescindível a correção da doença sinusal, sem está correção jamais irá obter sucesso no tratamento (MEIRELLES; PINTO, 2008).

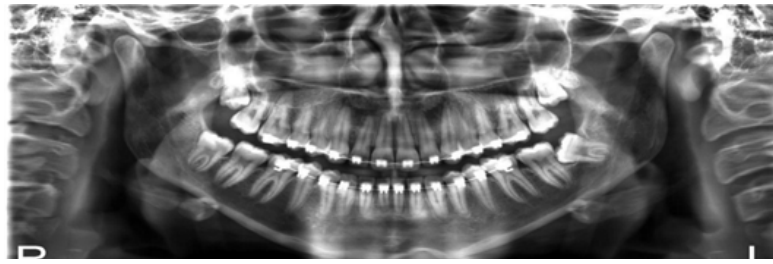
Chegou a conclusão em que a técnica de Caldwell-luc para retirada de corpos estranhos dos seios maxilares, uma vez que é de fácil execução, segura, em conjunto com radiografias periapicais contribuem para redução de perigos de perfuração do seio maxilar⁵. O cirurgião-dentista deve exibir um conhecimento científico e da anatomia para executar um procedimento cirúrgico rente aos seios maxilares, tendo que conduzir o paciente para outro cirurgião- dentista caso esteja incapacitado para exercer o procedimento (SILVA; TOLEDO; CAPOTE, 2009).

Objetivou-se com este estudo relatar um caso clinico que houve uma comunicação buco-sinusal na arcada superior esquerda, tendo como objetivo específico descrever o tratamento primário, e analisar da estabilização do coágulo sanguíneo com várias suturas em pontos simples de acordo com a literatura.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 49 anos de idade, procurou atendimento no Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação-IPESP para extrair os sisos, durante o exame radiográfico (Panorâmico) verificaram uma imagem radiopaca coincidente com um 4º molar(Figura 8), Foi submetida a Anestesia local com Bloqueio dos nervos alveolar superior posterior esquerdo e Palatino maior esquerdo, Com o cabo de bisturi nº 03 e lâmina nº 15c foi feita uma incisão oblíqua relaxante, sindesmotomia, divulsão e avulsão dos terceiros molares e no trans-cirúrgico na intenção de achar o 4º molar foi perfurado a membrana de schneiderian do seio maxilar, quando realizada a Manobra de valsava observou-se saída de ar via alvéolo, confirmando o diagnóstico de comunicação bucosinusal. Utilizou-se da sutura por planos com fio de nylon 4.0 afim de se obter uma máxima cooptação de bordos (Figura 1 e 2).

Figura 1 - Raio X panorâmico mostrando imagem radiopaca coincidente com 4ª molar no quadrante esquerdo superior.



Fonte: Própria autora, 2023.

Figura 02: Sutura realizada em região do dente 28 por vestibular.



Fonte: Próprios autores, 2023.

Figura 3: Sutura realizada em região oclusal afim de cooptar bordos

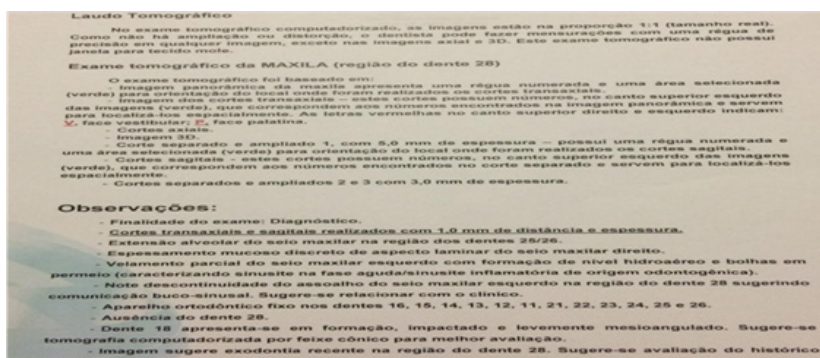


Fonte: Próprios autores, 2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi solicitado a tomografia computadorizada, afim de confirmar a hipótese de diagnóstico da comunicação buco-sinusal, encaminhou o paciente para uma clínica especializada em laudos tomográficos, realizada a tomografia no dia seguinte, onde o laudo tomográfico foi descrito as seguintes observações, Velamento parcial do seio maxilar esquerdo com formação de nível hidroaéreo e bolhas em permeio(Caracterizando sinusite aguda/sinusite inflamatória de origem odontogênica)(Figura 03), Descontinuidade do assoalho do seio maxilar esquerdo na região do dente 28(Figura 04 e 05).

Figura 04- Laudo tomográfico descrevendo descontinuidade e velamento parcial do seio maxilar.



Fonte: Próprios autores, 2023.

Figura 05: Tomografia computadorizada evidenciando velamento parcial do seio maxilar, E formação de nível hidroaéreo e bolhas em permeio, Característica da sinusite aguda.



No pós-operatório foi prescrito Amoxicilina 500mg associado ao Clavulanato de potássio 125mg de 08 em 08 horas por 10 dias para controle e prevenção de infecção além das indicações pós-operatórias para cuidados da ferida. Após 10 dias a paciente compareceu a clínica da Universidade Paulista- unip para retirada dos pontos, o paciente apresentou ferida fechada e melhora da sua sintomatologia totalmente (Figura 06).

Figura 06- Retirada dos pontos após 10 dias de pós-operatório, tomando medicação e realizando cuidados pós-operatórios.



Fonte: Próprios autores, 2023.

DISCUSSÃO

A comunicação buco-sinusal, se apresenta pela perda de continuidade da parede óssea, entre a cavidade oral e os seios maxilares. Quando esta passa a ser revestida por tecido epitelial oriunda da proliferação dos tecidos circundantes. Denomina-se fistula buco-sinusal. Vários são os fatores etiológicos descritos na literatura, sendo patológicos em procedimentos invasivos de retirada de lesões, todavia vários autores concordam que a causa principal vem de exodontias dentárias (MEIRELLES; PINTO, 2008).

Podendo ter como consequência a penetração de corpos estranhos para o seio maxilar, a técnica de Caldwell-Luc concede uma abordagem segura e eficaz do seio maxilar. Necessitando sempre que possível ser utilizada, quando se pretende explorar os seios maxilares (DE MORAIS; ROCHA, GONDIM; MELO, 2007). Car; Juretic (1998), defende a ideia em que, das técnicas cirúrgicas para o tratamento de sinusite dos seios maxilares em que existe a presença de fistula buco-sinusal, o acesso de caldweel-luc já está em desuso, tendo em primeira opção às técnicas endoscópicas.

Considerando o grande número de complicações relacionadas há penetrações de corpos estranhos para o seio, tendo em si o cirurgião deve ser rigoroso em relação a busca progressiva pelo desenvolvimento profissional, tendo como objetivo o total domínio teórico-prático das maneiras de prevenção, das condutas e tratamentos característicos para cada situação imposta. Sendo que o cirurgião deve identificar seus limites de desempenho

e destreza, nunca as ultrapassar, evitando danos ao paciente, frustrações pessoais, e comprometimento profissional (GRAZIAN, 1999).

A respeito da localização anatômica de maior incidência das comunicações buco-sinusal, existem controvérsias na literatura, os autores (KRAUSE, PRUZZO, FONSECA, 1999) descrevem que as comunicações buco-sinusais estão associadas há extrações de segundos molares e posteriormente os primeiros molares, apresentando -se com menor incidência os terceiros molares. Já Graziani (1995) relata que as principais ocorrências de comunicações buco-sinusais são em segundo pré-molares e os primeiros molares superiores, podendo ter ocorrências com outros dentes como segundo pré-molares e os segundos e terceiros molares.

Com relação as causas das comunicações buco-sinusais, a maior parte dos autores (CAR; JURETIC, 1998; MARZOLA, 1994; REZENDE, HEITZ, 1990; SCHOW, 1997) afirmam que na maioria dos casos de fistulas buco-sinusais e comunicações buco-sinusais são em decorrência de extração dentárias, em que as raízes estão em íntimo contato com o soalho do seio maxilar. Já Schow (1997) mostrou sua opção por áreas edêntulas onde é visto uma alta pneumatização do seio maxilar em relação aos ápices radiculares.

O tratamento primário pode ocorrer espontaneamente quando os orifícios das comunicações buco-sinusais forem menores que 2mm de diâmetro, a conduta correta nesses casos será somente a estabilização do coágulo com suturas que cooptam bordos e reposicionem os tecidos, utilizando compressa com gaze por 1 a 2 horas sobre a sutura. Em outra circunstância onde o fechamento primário não obtenha sucesso ou a comunicação seja maior ou igual a 3mm, podemos utilizar tratamentos cirúrgicos secundários no fechamento, tenho em mente suas indicações e suas vantagens e desvantagens, sendo que nenhuma se impõe melhor que a outra (GRAZIANI, 1995).

Entre as várias técnicas de reparo de fistula-buco sinusais descrita na literatura², A preferência deve ser baseada no tamanho da comunicação bucosinusal, na habilidade manual e conhecimento teórico científico do cirurgião e nas condições locais do tecido (SOUZA; MILANI; THOMÉ, 2014). O enxerto pediculado do corpo adiposo bucal, é o que se destaca com maior índice de sucesso, menor risco de infecção e desconforto ao paciente, sendo um procedimento seguro e eficaz), estável moderadamente simples, com alto índice de sucesso e um pós-operatório satisfatório para o paciente (ALLAIS; MAURETTE; CORTEZ; FILHO (2008), FERREIRA,2011).

Um alto índice de insucesso da utilização do corpo adiposo bucal desta- se por meio de infecções ou até mesmo necrose do tecido adiposo, devida falha técnica no momento da sua manipulação provocando uma alta tensão do mesmo². Todavia existem algumas desvantagens dessa técnica com o fato de que poderá ser utilizada apenas uma vez, restrição do seu uso em casos pequenos e médios, possíveis depressões na bochecha, e alterações na fala (FERREIRA ,2011, CALVET; CASTRO; AGOSTINHO; BASTOS, 2014, PEREIRA; FARAH; PASSERI; PAVAN, 2004). Apesar desses fatores, na maioria dos casos

da literatura não observaram no pós-operatório dos pacientes.

Todos os tratamentos têm vantagens e desvantagens. A vantagem do retalho de palato é que tem melhor perfusão sanguínea, mas a aplicação técnica é mais trabalhosa e arriscada. É utilizada de primeira escolha em fistulas mais amplas de amplo débito. A grande desvantagem deste é que a estrutura do palato é exposta, dificultando a cicatrização no pós-operatório, além disto ser bem incomodo para o paciente (MEIRELLES; PINTO, 2008). Segundo Borgonovo; Berardinelli; Favale; Maiorana (2012), o retalho de palato é mais encontrado em reparos de comunicações buco-sinusais em regiões de pré-molares superiores.

Meirelles, Pinto (2008) optou por utilizar o retalho da mucosa jugal em tratamentos 25 casos, por acreditar em que este retalho apresenta uma boa irrigação tecidual, por indicação de casos mais amplos consequentemente com chances maiores de cobrir toda a fistula, sendo assim ele obteve ótimos resultados nos 96% dos 25 casos nos primeiros 30 dias e 100% ao final dos 60 dias. A inferioridade do retalho de mucosa jugal parte do princípio em que ele percorre o sulco gengivolabial a tal maneira de suprimir moderadamente, atrapalhando o uso de próteses totais e passando por Tensões com os movimentos de lábios e bochechas, precisando posteriormente de procedimento cirúrgico para ceder o sulco⁴. Compreendido com os autores, existem várias técnicas em procedimentos cirúrgicos envolvendo comunicações, a preferência em qual tratamento irá se optar, deverá ser levado em conta o risco e benefício e a capacitação profissional (SILVA; TOLEDO; CAPOTE, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, a proximidade do seio maxilar com a cavidade oral é nítido, podendo ocorrer uma perfuração do mesmo ou até mesmo uma intrusão acidental de corpos estranhos. A melhor maneira de evitar ocorrências de comunicações buco-sinusais é através de um correto exame clínico, físico e radiografias afim de poupar sua ocorrência. Sendo que comunicações buco-sinusais sem instalação prévia de infecções devem ser tratadas na hora, e se houver infecção instalada deverá ser tratada previamente a cirurgia para fechamento da mesma.

No caso relatado foi utilizado a sutura em planos, técnica apropriada para comunicações primária sem instalação prévia de infecções. É imprescindível o conhecimento anatômico por parte do cirurgião dentista para realização de cirurgias em regiões do seio maxilar, sendo incapaz deverá encaminhar para outro profissional.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

- ALLAIS, M et al. Retalho de corpo adiposo bucal no fechamento de comunicação buco-sinusal. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2008.; 74 (1): 799-799.
- BORGONOVO, A.E; BERARDINELLI, F.V; FAVALE, M; MAIORANA, C. Surgical options in oroantral fistula treatment. *the open dentistry journal*.2012;6:94-98.
- CAR, M; JURETIC, M. Treatment of oroantral communications after tooth extraction. Is drainage into the nose necessary or no. *Acta. O*. 1998;118(6):844-6.
- CORREA, A.L, DE ABREU, S.M.A, BOLZAN, R.M.I, BAUER, V.E. Extensões dos seios maxilares detectadas em radiografias periapicais. *Rev.OC*.2005;20(47).
- DE MORAIS, H.H.A; ROCHA, N.S; GONDIM, D.G.D.A, MELO, A, R. Corpo estranho no seio maxilar: relato de caso atípico. *Rev.CTBMF*. 2007;7(1):65-70.
- FREITAS, T.M.C et al. Fistulas oroantrais: diagnostico e propostas de tratamento. *Rev.BO*. 2003;69(6):838-844.
- FILHO, R.D.O.V; GIOVANELLA, F; KARSBUR, G.R.M; TORRIANI, M.A. Oroantral communication closure using a pedicled buccal fat pad graft. *Rev.OC*. 2010;25(1):100-103.
- FERREIRA, G.Z et al. Tratamento de fístula bucosinusal pela técnica do retalho pediculado do corpo adiposo bucal: relato de caso. *Arq. O*. 2011;47(3):162-169.
- GRAZIANI, M. Cirurgia do seio maxilar. In __. *Cirurgia buco-maxilofacial*. 8ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.479-50.
- KRAUSE, C.F; PRUZZO, C.E; FONSECA, A.X. Manejo quirúrgico de la fístula oroantral. *Rev. OCCC*. 1999;59(2):101-7.
- MARZOLA, C. Acidentes e complicações da exodontia – profilaxia e tratamento. In: __. *Técnica exodôntica*. 2ª ed. São Paulo: Pancast; 1994. p.284-9.
- MEIRELLES, R.C; PINTO, R.M.N. Fistula oroantral e retalho mucoso geniano – revisão de 25 casos. *Rev.BO*. 2008;74(1):85-90.
- RALDI, F.V;LIMA, J.R.S; MORAES, M.B.D; ZANOTTI, G.G. Fechamento de Comunicações buco-sinusais. *Rgo*. 2005;54(2):178-181.
- REZENDE, R.A; HEITZ, C. Comunicação buco-sinusal e buconasal. In: Zanini SA. *Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial*. Revinter; 1990.p. 431-48 .
- SILVA, R.R.D; TOLEDO, B.A.D.S; CAPOTE, T.S.D.O. Anatomia do seio maxilar e comunicação buco-sinusal – Uma revisão de literatura. *Rev.DCDODU*. 2009;11(1).
- SOUZA, K.S.D.A; MILANI, C.M; THOMÉ, C.A. Tratamento cirúrgico de fístula bucosinusal de grande extensão: Relato de caso. *Odonto*. 2014;22:43-44 9310.

SCHOW, S.R. Doenças odontogênicas do seio maxilar. In: Peterson LJ et al. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 2ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.465-77.

PEREIRA, F, L; FARAH, G.J; PASSERI, L.A; PAVAN, A.J. Aplicação do corpo adiposo bucal para o encerramento de fístula bucosinusal. Relato de caso. Rev. PEDCM. 2004;45(4):221-225.

Índice Remissivo

A

abuso de substância 104
Aldeias 116, 120
ameaça que resulta em dano 60, 62
Assistência 46, 74, 116, 117, 120, 128
atividades educativas em saúde 80
ato violento 60, 62
autolesão□□ 104
autolesão”

C

cargas excessivas de estudo e trabalho 104
causas as ideações suicidas 104
Centro Específico de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério (CEFAM) 21
cirurgião dentista 129, 136
Comportamento de utilização de ferramentas 11
comunicação buco-sinusal 129, 131, 133, 134, 137
conhecimento anatômico 129, 136

D

dano psicológico 60, 62
dinamismo do mercado 11, 19
discentes de saúde 104, 106, 107
distúrbios de sono 104
doenças crônicas 23, 58, 116, 123, 124, 125
dúvidas da evolução gravídica 80

E

Enfermagem 21, 22, 24, 25, 31, 42, 46, 48, 58, 88, 89, 115
Enfermeiro-Educador 21
Ensino Médio 21, 97, 99
equipe multiprofissional de saúde 21
etnias indígenas pernambucanas 116, 118
experiência profissional 21
Extrações dentárias 129

F

Fistula 129, 130, 131, 137
força física 60, 62, 72
formação acadêmico-profissional 21

G

Gestação 81
gestante e feto 80, 83
gestão de negócios 11
gestão em saúde 11, 18
Gestão em saúde 11
gestão estratégica 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19

gestão sustentável 11
globalização 11, 17, 19
graduação 21, 22, 31, 41, 42, 49, 52, 104, 110, 111, 112, 113, 114
H
hospital 21, 35, 38, 49, 50, 52, 104, 107
I
idosos 104, 124
infecção sexualmente transmissível 92, 101
J
jovens 104, 105, 110
M
modificações hormonais e mecânicas 80
N
notificações de violência 60, 63, 64, 65, 67, 70, 73
O
Organização Mundial da Saúde (OMS) 60, 62
organizações de serviços de saúde 11
P
perda de continuidade da parede óssea 129, 134
período da pandemia de Covid-19 60
período gravídico 80, 82, 84, 85, 86, 87
período pré pandêmico 60
população indígena 116, 118, 119, 125
pós-graduação 21, 42
Pré-natal 92
prevenção do suicídio 104, 105
privação 60, 62
R
realização de cirurgias 129, 136
retirada da própria vida 104
S
saúde da família 80, 83, 85
Saúde da Mulher 81
saúde indígena 116, 118, 119, 120, 125, 126
saúde mental 39, 104, 105, 106, 111, 113, 114, 124
saúde pública 23, 60, 65, 69, 106, 111, 113, 116, 124, 125
serviços de saúde 11, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 35, 40, 44, 51, 56, 88, 91, 93, 94, 105
sífilis 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102
sífilis congênita 92, 93, 94, 95, 98, 100, 101, 102
sífilis gestacional 91, 93, 94, 95, 96, 98, 101, 102
Síndrome de Burnout 104, 106, 111, 113
Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN 60, 61, 64
sobrecarga de informações 104
sofrimentos relacionados à profissão 104

suicídio 34, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115
suicídio nos trabalhadores 104
sustentabilidade do negócio 11

T

taxa de tentativa de suicídio 104
transformações fisiológicas e patológicas 80, 82
transtornos psiquiátricos 104, 106

U

unidade de saúde 80, 83, 84, 85
universidade 41, 104, 107, 109, 110, 111, 115

V

Vigilância Epidemiológica 60, 63, 64
violência 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 85, 123, 125
violência contra mulher 60, 62, 63, 73
Violência doméstica e sexual contra a mulher 61
violências física, psicológica, sexual 60, 62



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 